

*«Vi tar utgangspunkt i det de sitter igjen med»:  
Direkte og indirekte allianse gjennom gjenkjennelse og  
mestringsstøtte*

*En grounded theory-studie av film som psykoedukativt verktøy i tidlig  
rusbehandling*

Ingerid Elgesem Bjelland



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2013

© Forfatter Ingerid Elgesem Bjelland

År 2013

Tittel «Vi tar utgangspunkt i det de sitter igjen med». Direkte og indirekte allianse gjennom gjenkjennelse og mestringsstøtte.

Forfatter: Ingerid Elgesem Bjelland

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfatterens navn:** Ingerid Elgesem Bjelland

**Tittel på oppgaven:** «Vi tar utgangspunkt i det de sitter igjen med»: Direkte og indirekte allianse gjennom gjenkjennelse og mestringsstøtte

**Veileders navn:** Ayna Johansen

**Beskrivelse og problemstilling:** Studien tar utgangspunkt i en behandlingsforberedende og -motiverende psykoedukativ film om oppmerksomt nærvær og aksept beregnet på pasienter i tidlig rusbehandling. Studien undersøker terapeuters og pasienters opplevelse av filmen og hvordan den fungerer som et psykoedukativt instrument i en behandlingstime. Studien er eksplorerende og har som formål å utvikle kunnskap om virksomme mekanismer, både for enkeltpasienter og for terapeutiske dyader, i bruk av slik film. Den aktuelle filmen er utviklet av veileder for prosjektet som en del av hennes pågående forskning. Denne studien er imidlertid basert på selvstendig innhentet og bearbeidet materiale.

**Metode, design og utvalg:** Det metodiske rammeverket for prosjektet er konstruktivistisk grounded theory. Dette er en eksplorerende og fortolkende forskningsmetode som muliggjør et klinikknært design. Utvalget består av tre terapeuter ved en urban ruspoliklinikk og tre av deres respektive pasienter. Datatilfanget er primært semistrukturerte intervjuer. Designet har som formål å fremme og sidestille ulike brukerperspektiver (terapeuters og pasienters) og å få tilgang på prosessdata gjennom flere datapunkter per deltaker. Intervjumaterialet ble transkribert og kodet i flere omganger.

**Resultater og diskusjon:** Det ble utviklet et kjernekonsept «Allianse som erfaringsprosess» som beskriver hvordan terapeuter og pasienter bygger relasjoner med filmen og dens innhold. Videre ble det utviklet en «allianseprosessmodell» som viser filmens funksjon i terapeutiske dyader. Modellen viser hvordan pasienter bygger allianse med filmen direkte, og terapeuter indirekte, de siste gjennom pasienters opplevde gjenkjennelse og mestringsstøtte. Sammen med kjernekonseptet og modellen bidrar studien både med konkrete observasjoner knyttet til utprøvingen av filmen og implikasjoner som kan ha betydning for videre utvikling av slike instrumenter og bruken av dem.



# Forord

Først og fremst vil jeg gjerne få takke de seks informantene som har bidratt til oppgaven. Tre pasienter og tre terapeuter har muliggjort denne studien gjennom å dele sine tanker, opplevelser og refleksjoner. Videre vil jeg takke min veileder, Ayna Johansen, for mange gode råd, støtte og kyndig veiledning. Jeg vil også rette en stor takk til dere kjære som har lest og hjulpet med oppgaven, og støttet meg videre ved de viktige korsveiene som oppstår i en slik prosess: Elisabeth, Eyvind og Mona – deres hjelp og innspill, både faglig og på andre måter, har vært helt uvurderlig. Takk også til Synne for innspurtshjelp. Min elskede lille familie; Olav, Miriam og Katarina, og mine gode venner får også en hjertelig takk.



# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b>	s.1
<b><u>1.1 BAKGRUNN</u></b>	s.1
1.1.1 Behandling av rus- og avhengighetsproblematikk og terapiforberedende trening	s.1
1.1.2 Bruk av medier og selvhjelp i rus- og avhengighetsbehandling	s.2
1.1.3 Oppmerksomt nærvær og aksept i rusbehandling og –forskning	s.4
<b><u>1.2 AKTUELL STUDIE</u></b>	s.5
1.2.1 Filmen	s.5
1.2.2 Studiens grunntanke	s.6
1.2.3 Formål, undersøkelsesområde og metodevalg	s.6
1.2.4 Terminologi	s.9
 <b>2 METODE</b>	 s. 10
<b><u>2.1 METODISK OG VITENSKAPSTEORETISK BAKGRUNN OG BEGREPSAVKLARING</u></b>	s. 10
2.1.1 Grounded theory som vitenskapsteori og forskningsmetode	s. 10
2.1.1.1 Opprinnelse og bakgrunn	s. 11
2.1.1.2 Den kontinuerlige sammenliknende metode	s. 12
2.1.1.3 Vitenskapelig kvalitet i grounded theory: Empirinærhet, teoretisk sensitivitet og refleksivitet	s. 12
2.2 Min bruk av metoden	s. 14
2.2.1 Konstruktivistisk grounded theory: Konflikt brudd og kontinuitet	s. 14

<b><u>2.3 DATA OG ANALYTISK PROSESS</u></b>	s. 16
2.3.1 Dataproduksjon: Design og prosedyre	s. 16
2.3.1.1 Design	s. 16
2.3.1.2 Prosedyre og utvalg	s. 17
Figur 1: Fremstilling av design og prosedyre	s. 19
2.3.1.3 Samtykke	s. 20
2.3.1.4 Intervjuer og intervjuguider	s. 20
2.3.1.5 Databehandling	s. 21
2.3.2 Koding og teoriutvikling	s. 22
2.3.2.1 Åpen koding	s. 22
2.3.2.1.1 Eksempel fra åpen koding av dybdeintervju med P1	s. 23
2.3.2.1.2 Eksempel fra åpen koding av sesjonsopptak med P1	s. 24
2.3.2.2 Feltnotater, sammendrag og memo-skriving	s. 26
2.3.2.2.1 Utdrag fra sammendrag av dybdeintervju med P1	s. 26
2.3.2.2.2 Utdrag fra memo	s. 27
2.3.2.3 Aksial og teoretisk koding og modellutvikling	s. 28
 <b>3 RESULTATER</b>	s. 30
<b><u>3.1 «ALLIANSE SOM ERFARINGSPROSESS»</u></b>	s. 30
3.1.1 «Fra kjennskap, tillit og skepsis til praksis»	s. 30
3.1.1.1 Kjennskap, tillit og skepsis	s. 30
3.1.1.2 Praksis	s. 32
3.1.2 «Fra gjenkjennelse, egenkontroll og tillit til mestringsstøtte eller avvisning»	s. 32
3.1.2.1 Gjenkjennelse og mestringsstøtte	s. 32
3.1.2.2 Egenkontroll, tillit og avvisning	s. 35



<b><u>3.2 EN ALLIANSEPROSESSMODELL</u></b>	s. 37
3.2.1 Direkte og indirekte allianse gjennom gjenkjennelse og mestringsstøtte	s. 37
Figur 2: Filmens funksjon i en terapeutisk dyade: Direkte og indirekte allianse	s. 38
3.2.1.1 Beskrivelse av modellen	s. 38
 <b>4 RESULTATDISKUSJON</b>	s. 41
<b><u>4.1 ALLIANSBEGREPET I KJERNEKONSEPTET OG I MODELLEN</u></b>	s. 41
<b><u>4.2 BERETNINGER OM GJENKJENNELSE, MESTRINGSTØTTE OG TILLIT</u></b>	s. 43
4.2.1 Oppmerksomt nærvær og aksept: gjenkjennelse og mestringsstøtte	s. 43
4.2.1.1 Metaperspektiver og mentalisering som motivasjon og psykoterapiforberedelse	s. 44
4.2.1.2 Gjenkjennelse og anerkjennelse	s. 45
4.2.2 Presentasjonen som formidler: Læring og tillit	s. 47
<b><u>4.3 DIREKTE OG INDIREKTE ALLIANSE: FILMENS FUNKSJON TERAPEUTISKE DYADER</u></b>	s. 49
4.3.1 Direkte allianse, mestringsstøtte og egenkontroll som virksomme faktorer	s. 49
4.3.1.1 Flere fremgangsmåter, egen verdi	s. 51
4.3.2 Indirekte allianse: Den terapeutiske relasjonen er konteksten rundt filmen	s. 52
 <b>5 METODEDISKUSJON</b>	s. 54
<b><u>5.1 BERGRENSENINGER OG MULIGHETER</u></b>	s. 54
5.1.1 Refleksivitet, etikk og representasjon	s. 55
 <b>6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER</b>	s. 58
<b><u>6.1 HVA BIDRAR STUDIEN MED?</u></b>	s. 58

6.1.1 Utviklings- og anvendelsesimplikasjoner	s. 59
6.1.2 Videre forskning	s. 60
<b>7 AVSLUTNING</b>	s. 62
<b>8 LITTERATUR</b>	s. 65
<b>9 ANDRE KILDER</b>	s. 76
<b>10 VEDLEGG</b>	s. 77
10.1 Tekst til film	s. 78
10.2 Samtykke	s. 91
10.3 REK-godkjenning	s. 95
10.4 Intervjuguider	s. 97

# 1 Innledning

Rus- og avhengighetsproblematikk er et vanskelig og spennende behandlingsfelt. Forskning viser at ulike typer selvhjelpsmateriell, som bøker, film og interaktive data-programmer, kan være med å avhjelpe noen av de store utfordringene på feltet. Vi vet også at oppmerksomt nærvær- og akseptbaserte teknikker (*mindfulness* og *acceptance*) er nyttige verktøy i behandling av rusmisbruk og annen avhengighet. I denne studien har jeg undersøkt hvordan terapeuter og pasienter tidlig i et poliklinisk rusbehandlingsforløp opplever og bruker en psykoedukativ film som introduserer oppmerksomt nærvær som et mestringsverktøy. Studien har laget en modell som viser hvordan terapeuter og pasienter, sammen og hver for seg, opplever at filmen fungerer som del av en behandlingsstart. Studien er den første som benytter kvalitativ metode for å undersøke hvilke mekanismer som gjør film i oppstarten av en endringsprosess effektiv. Slik håper jeg også å kunne gi et lite, men positivt, bidrag til et relativt nytt og løfterikt behandlings- og forskningsfelt.

## **1.1 BAKGRUNN**

### ***1.1.1 Behandling av rus- og avhengighetsproblematikk og terapiforberedende trening***

Rus- og avhengighetsproblematikk har vært betraktet på mange ulike måter, som last, som sykdom, som mestringsstrategi og som selvmedisinering. Mange har tenkt at tilbøyeligheten til rusavhengighet eller annen avhengighet kunne være tillært og senere opprettholdt av miljøfaktor eller kognitive prosesser. Genetikk og fysiologi har også i økende grad blitt antatt å spille inn (DiClemente, 2003; McLelland, McKay, Forman, Cacciola og Kemp, 2004; Orford 2001a; Orford, 2001b). På tross av at mange hevder at ulik rus- og avhengighetsproblematikk kan forstås med utgangspunkt i underliggende liknende psykologiske prosesser og mekanismer, er det liten tvil om at mennesker med rus- og avhengighetsproblematikk utgjør en svært sammensatt gruppe (DiClemente, 2003; Duckert, Drozd og Kraft, 2011; Orford, 2001a; Orford, 2001b). Behandling av rus- og avhengighetsproblematikk er et faglig minefelt med liten enighet både om hvordan avhengighet skal forstås og om de endringsprosessene som leder til bedring. Utfordringene er

mange: Mange som kunne trenge det, søker ikke behandling, mange avslutter behandlingen for tidlig og faren for tilbakefall er stor (Daughters, Bornovalova, Correia og Lejuez, 2007, s. 210; Zigierska et al., 2009). Slike vanskeligheter har ofte blitt knyttet til manglende motivasjon og til pasienters ambivalens overfor endring (DiClemente, 1999; DiClemente, 2003; Stark, 1992). I den senere tiden har disse vanskelighetene også blitt forstått som et uttrykk for nedsatt evne til såkalt mentalisering hos enkelte ruspasienter, noe som medfører nedsatt selvomsorg, innsikt, samt mestring av følelser og relasjoner til andre. Særlig det siste får lett konsekvenser for etablering og opprettholdelse av en arbeidsallianse mellom terapeut og pasient (Allen, Fonagy og Bateman, 2008; Söderström og Skårderud, 2009). Mentalisering defineres som kompetanse i å forestille seg mentale tilstander hos seg selv og andre og til å forstå atferd som uttrykk for mentale tilstander (Söderström og Skårderud, 2009, s. 47).

Gode behandlingsresultater innen rus- og avhengighetsfeltet henger nært sammen med hvor lenge pasienter blir i behandling (McKay og Weiss, 2001; McLelland et al., 1996). Metoder som kan motivere til endring og styrke pasienters tilknytning til, tro på og personlige forpliktelse til behandlingen, kan øke effektiviteten av rusbehandling. Opplæring som kan styrke pasientens mulighet til å bidra positivt til etablering og opprettholdelse av en arbeidsallianse, slik som åpenhet og tillit til terapeuten, er også virksomt (Walitzer, Dermen og Connors, 1999). Slike metoder kalles terapiforberedende intervensjoner eller trening. Forskning viser at bruken av informasjonsfilmer som terapiforberedelse, i forkant eller i starten av et behandlingsforløp, kan dempe pasienters ambivalens rundt de endringene som behandlingen kan innebære. Bruk av slik film kan også redusere faren for behandlingsavbrudd og være med på å styrke den terapeutiske alliansen. I heldigste fall kan dette bli avgjørende for utfallet av behandlingen (Miller og Rollnick, 2002; Walitzer et al., 1999).

### ***1.1.2 Bruk av ulike typer selvhjelpsmateriell i rus- og avhengighetsbehandling***

Økonomisk- og tidsmessig press på helsevesenet har i senere tid ført til forskning på behandlingsmetoder som kan føre til mindre ressursbruk, det vil si mindre direkte kontakt med utdannet helsepersonell. Dette innebærer økende bruk av såkalt psykoedukativt materiell og selvhjelpsmateriell. Dette kan være materiell som filmer, cd'er og bøker eller interaktive elektroniske programmer (Berge og Repål, 2012; Duckert et al., 2011). Forskning på bruken av slike verktøy i behandling av psykiske helseproblemer viser gjennomgående god effekt (Barak, Hen, Boniel-Nissim og Shapira, 2008; Cook og Doyle, 2002, s.95). Forskning på

selvhjelp, selvhjelpsgrupper og på bruk av hjelpemidler som film, bøker, interaktive elektroniske programmer etc. er også en viktig del av forskning på behandling innen rus- og avhengighetsfeltet. Forskningen viser at slike hjelpemidler kan være nyttige verktøy før, under og/eller etter et mer tradisjonelt rusbehandlingsopplegg fordi de kan tilby en forberedelse til behandling, raskere hjelp eller fungere som oppfølging etter behandlingens slutt (Duckert et al., 2011; Johansen, Lumley og Cano, 2011; Vederhus, Kristensen, Tveit og Clausen, 2008). Dette har altså vist seg som spesielt viktig for resultater av rusbehandling.

Rus- og avhengighetsproblematikk kan være preget av både opplevd og reelt stigma for de behandlingssøkende. Samtidig er rus og avhengighet, særlig knyttet til økende alkoholbruk, et tiltakende samfunnsproblem i Norge. Kvinner, og personer med høy utdanning og god økonomi, er i økende grad utsatt. Dette er samtidig grupper som man kan tenke seg er spesielt sensitive med tanke på eksponering av rusproblematikk i en behandlingsrelasjon. Mye kan tyde på at selvhjelpsverktøy som film, bøker etc., kan være med på å avhjelpe utfordringer som behandlingsapparatet står overfor. Ikke bare med tanke på økonomi, men fordi det tilbyr et mulig lavterskelalternativ som kan være akseptabelt og lett tilgjengelig. Når vi vet at hjelpesøkende innen rus- og avhengighetsfeltet kan være en sårbar gruppe, og vi vet at hjelpemidler som beskrevet lett kan gjøres tilgjengelige for mange, blir det desto viktigere å fremme kunnskap som kan føre til ytterligere utvikling av materiell som kan oppleves relevant, ikke stigmatiserende eller på akkord med personlig integritet for brukere (Duckert et al., 2011; Revere og Dunbar, 2001; Stark og Kane, 1985; Walter og Neighbors, 2005). Med tanke på terapiforberedelse i form av slik materiell blir det også viktig at brukere selv opplever dette som godt, og at det kan avhjelpe eventuelle lite konstruktive forestillinger om rus- og avhengighetsproblematikk og om behandling.

Når det gjelder bruk av film i psykoterapeutisk behandling, har studier vist at bruk av fiksjonsfilm kan være effektivt for å nå pasienter som er emosjonelt vanskelig tilgjengelige. Samtidig kan anvendelse av film gi rike muligheter for observasjonslæring med ulike rollemodeller å velge mellom (Schulenberg, 2003). Forskning på bruk av informasjonsfilm i forkant av behandlingsoppstart ved somatisk sykdom, har vist hvordan filmer kan tilby rollemodeller for pasientene, såkalt atferdsmodellering. Film kan også formidle informasjon og kunnskap og redusere pasienters engstelse før behandlingen. Økt selvomsorg og opplevelse av kontroll kan også oppnås (Krouse, 2001). På bakgrunn av de store utfordringene innen behandling av rus- og avhengighetsproblematikk, særlig knyttet til

ambivalens, angst for stigmatisering, nedsatt evne til mentalisering og problemer med etablering av gode terapeutiske arbeidsallianser, er det grunn til å tro at filmmediet utgjør en særlig ressurs. Både innholdet, i form av informasjon, observasjonslæring og mulighet for identifikasjon med materialet, men også det spesifikke visuelle formatet, som en egen metode, er trolig av betydning.

### ***1.1.3 Oppmerksomt nærvær og aksept i rusbehandling***

Oppmerksomt nærvær og aksept, *mindfulness* og *acceptance*, er en sentral del av det som gjerne kalles «den tredje bølgen» innen kognitiv atferdsterapi. Dette er en betegnelse på terapeutiske modeller som forstår psykologiske fenomener og symptomer i lys av en opprettholdende kontekst. Patologiutvikling anses å ha sitt opphav i normale verbale prosesser og normale atferdsmønstre. Følelsesmessig, kognitiv og atferdsmessig unngåelse av smertefulle opplevelser er viktig i så måte (Holden, 2007, s.1118). Øvelse i aksept for smerte, og dermed redusert unngåelse, er dermed viktig i behandling av psykisk lidelse.

Oppmerksomt nærvær og aksept er betegnelser på teknikker innenfor dette teoretiske rammeverket, men ulike varianter av dette brukes i dag innenfor mange ulike terapeutiske retninger. Teknikkene vektlegger intensjonelt fokusert og aksepterende tilstedeværelse i her-og-nå- situasjonen. Sentralt er også å arbeide med språk, metaforer og bevissthet som understøtter slik tilstedeværelse (Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 2005). Konkrete øvelser dreier seg ofte om å lede sin egen oppmerksomhet, enten meditativt innover mot følelser og tanker, eller utover mot sine umiddelbare omgivelser.

Trening i oppmerksomt nærvær og aksept har i økende grad vekket interesse innen rusfeltet, for å redusere tilbakefall, gi pasienter bedre impulskontroll, større opplevelse av mestring og bedret evne til mentalisering og selvomsorg (Dundas, Ravnanger, Vøllestad og Binder, 2013; Hayes, Strosahl og Wilson, 1999; Marlatt et al., 2004; Zgierska et al., 2009). Oppmerksomt nærvær og aksept tar utgangspunkt i en pragmatisk betraktning av psykiske symptomer og står for en ikke-dømmende og aksepterende forståelse av tanker og følelser. Dette kan være til spesiell hjelp for ruspasienter i behandling, som kan være sensitive for overdrivelse eller fordømmelse i møte med behandlere og behandlingssystemet (Hayes, 2004; Luoma, Kohlenberg, Hayes og Fletcher, 2012). En ny studie viser også at terapeutiske metoder rettet mot å redusere skam og skyld hos pasienter i rusbehandling, basert på aksept og oppmerksomt nærvær, kan føre til bedring i fremmøte og redusere tilbakefall. Samtidig med denne positive

behandlingseffekten viste studien at pasientene rapporterte flere negative følelser. Det kan synes som trening i aksept for og tilstedeværelse i negative følelser, er en del av den behandlingseffekten studien dokumenterer (Louma et al., 2012). Med tanke på behandlingsoppmøte og -avbrudd kan dette være viktig tidlig i behandling. Nyere forskning på bruk av film som terapiforberedende trening støtter også at oppmerksomt nærvær og aksept vektlegges fremfor terapeutisk relasjon når man bruker film som terapiforberedende trening. Sett opp mot langvarig behandling, viser imidlertid studien av oppmerksomt nærvær og aksept i en slik kortintervensjon at positiv affekt er en effekt av filmen og antyder dette som mulig styrke med tanke på motivasjon (Johansen et al., 2011). Samlet kan dette være indikasjoner på at styrket selvfølelse, enten i form av mestring av og tilstedeværelse i negative selvrefleksive følelser, eller økt egenkompetanse som resultat av konkret trening, kan være mekanismer som utløser disse gode behandlingsresultatene.

Det er i denne forbindelse også verdt å nevne at oppmerksomt nærvær er i ferd med å bli «allmannseie» i Norge i dag. En lang rekke mennesker deltar på kurs for å lære disse teknikkene, også utenfor ethvert behandlingsapparat. Denne økende interessen kan være et uttrykk for at disse teknikkene passer med et moderne selvutviklingsperspektiv som er tiltalende for mange. Dette skulle også gjøre oppmerksomt nærvær og aksept til en spesielt god terapiteknisk basis for utviklingen av selvhjelpsverktøy med bred appell. Når det gjelder behandlingsforberedelse er den pragmatiske forståelsen av både patologiske prosesser, endrings- og behandlingsforløp av betydning. Dette kan både avdramatisere behandling og motivere for endring.

## **1.2 DEN AKTUELLE STUDIEN**

### ***1.2.1 Filmen***

Prosjektet tar utgangspunkt i en spesifikk terapiforberedende psykoedukativ film: «Oppmerksomt nærvær, en kilde til et bedre liv» (Johansen og Pettrem, 2010) som tar sikte på å introdusere pasienter med en avhengighetsproblematikk, for oppmerksomt nærvær- og akseptbaserte teknikker, metaforer og øvelser. Filmen er 10 minutter lang og inneholder scener der en psykolog gir informasjon om rus- og avhengighet og om behandling. Den inneholder scener som fremstiller en ung mann med rusproblemer i forsøksvis hverdagslige situasjoner og i terapirommet. Filmen forsøker å være erfaringsnær og pedagogisk på den

måten at den lar potensielle brukere av filmen få mulighet til å trene på faktiske øvelser og sette de presenterte teknikkene inn i en kontekst av tilstrebet realistiske eller hverdagslige sammenhenger.

### ***1.2.2 Studiens grunntanke***

Selvhjelp og tiltak basert på produkter som filmer, bøker og interaktive elektroniske programmer kan betegnes som viktige supplement til tradisjonell behandling innen rus- og avhengighetsfeltet, men kan i tillegg sies å ha en tydelig egen verdi. Dette er først og fremst fordi bruken av slike verktøy medfører en økt kapasitet til å hjelpe mange, men også fordi det kan senke terskelen for å søke hjelp og ikke minst sette fokus på og utnytte brukernes potensiale og egenstyrke (Duckert et al., 2011; Vederhus et al., 2008). Mye kan imidlertid tyde på at også konteksten for introduksjonen av slike tiltak er av betydning for hvordan pasienter opplever dette og for effekten. Her betyr helsepersonells kunnskap om og innstilling til slik intervensjon mye (Murray et al., 2012). Bruk av oppmerksomt nærvær og aksept i rusbehandling viser gode resultater både i lengre terapiforløp og kortere intervensjoner. Fordi oppmerksomt nærvær og aksept er atferds- og treningsbaserte kan film som psykoeduktivt medium eller selvhjelpsverktøy være spesielt gunstig på grunn av mulighet for observasjons- og modellering. Samlet indikerer de ulike forskningsresultater at film om oppmerksomt nærvær kan være et lovende verktøy i et vanskelig behandlingsfelt. Økt kunnskap om brukerperspektivene, hvordan behandlere og pasienter opplever slik film, kan både være med på å utvikle gode produkter gjennom å øke forståelsen av hva som er viktig for at filmen skal kunne oppleves og anvendes i tråd med hensikten. Dette er også i tråd med økt kunnskap om verdien av brukeres påvirkningskraft i tjenesteutvikling og i utformingen av psykoterapeutiske tilbud (Valla, 2010).

### ***1.2.3 Formål, undersøkelsesområde og metodevalg***

Denne studien bygger på forskning på film som terapiforberedende trening generelt, på oppmerksomt nærvær- og akseptintervensjoner innenfor denne sammenhengen spesielt. I studien forsøker jeg å sette undersøkelsesområdet inn i et kvalitativt eksplorerende, eller utforskende, metodisk rammeverk basert på *grounded theory*. Det empiriske utgangspunktet



for studien var opplevelser av og responser på den omtalte filmen fra pasienter og terapeuter, primært innhentet gjennom semistrukturerte intervjuer og fokusgruppeintervjuer, innenfor en klinisk kontekst og i etablerte behandlingsrelasjoner. Informantene var tre terapeuter ved en urban ruspoliklinikk og tre av deres respektive pasienter. Studien ble utformet med tanke på å sidestille flere brukerperspektiver gjennom å la både terapeuter og pasienter være informanter. Designet forsøkte også å ta høyde for betydningen av kontekstuelle forhold, som innflytelsen av en etablert behandlingsrelasjon, for hvordan informantene opplevde filmen.

I tråd med grounded theory formulerte jeg ikke klare forskningsspørsmål på forhånd. Grounded theory kan beskrives som en datadrevet, snarere enn hypotesetestende metode. Man tester altså ikke ut forhåndsdefinerte hypoteser, men lar selve de innsamlede dataene skape løpende spørsmål. Prosjektet skal imidlertid forsøksvis kunne beskrive og illustrere individuelle og relasjonelle prosesser rundt det aktuelle materialet. Formålet er å kunne beskrive hvordan de presenterte teknikkene og filmen som sådan oppleves av potensielle brukere og dermed kunne kaste lys over virksomme mekanismer i bruk av slik film som behandlingssmotiverende verktøy. Slik har studien som hensikt å være en liten kvalitativ prosess-studie av opplevd funksjon og effekt av et ferdig psykoedukativt verktøy. Tanken er å utvikle en prosessmodell som kan informere klinikk og forskning, altså behandlere og forskere, om bruk av film for å introdusere oppmerksomt nærvær og aksept som mestringsverktøy innenfor rammen av tidlig rusbehandling. Studien bidrar både med en teoretisk modell og konkrete observasjoner knyttet til anvendelse av filmverktøyet med det formål å være med på å utvikle kunnskap om virksomme og gode filmintervensjoner.

At jeg valgte konstruktivistisk grounded theory som metode, hadde flere årsaker. Generelt er grounded theory en sterk og systematisk vitenskapelig metode som er mye brukt i helsefagene. Som utforskende og induktiv fører metoden fram til nye og empirinære hypoteser og teoretiske konsepter. Den konstruktivistiske varianten som er benyttet i denne studien er spesielt tilpasningsdyktig og sensitiv overfor en kunnskapskontekst. Den tillater en mer teoretisk fokusert datainnsamling og kan derfor egne seg godt i små kvalitative undersøkelser. Både bruk av ulike hjelpemidler av typen film, og oppmerksomt nærvær og aksept, er relativt nye og lovende felt innenfor rusbehandlingsforskningen. Nettopp derfor er det viktig at forskningen formidler potensielle brukeres, både pasienters og helsepersonells, opplevelser. Kvalitative studier kan gi spesielt verdifull kunnskap om dette. Videre er rusavhengige tradisjonelt en pasientgruppe som er spesielt følsomme overfor fordømmelse i møte med klinikere og forskere. Kvalitative eksplorerende studier er dermed særlig viktig

fordi de lettere fanger opp kunnskap på dette feltet. Slik kan denne typen studier bidra til å utvikle sensitive, beskrivende, gruppespesifikke hypoteser og konsepter som både kan være komplementære til, og bidra i forberedelse av større statistiske studier (Carlson, Siegal og Falck, 1995).

I tillegg til at kvalitative forskningsstrategier har som styrke at de kan gi innsikt i subjektive virkeligheter og erfaringer, er grounded theory også ansett for å være en et godt metodevalg ved kvalitative studier av psykologiske og terapeutiske prosesser (Fassinger, 2005; Kvale, 2006, s.23; Rennie, 1992; Rennie, Phillips og Quartaro, 1988; Rennie og Toukmanian, 1992). Dette er fordi den metodiske vekslingen mellom datainnsamling og analyse, for eksempel gjennom flere dataopptak eller såkalte datapunkter per informant, kan føre til innsikt i endringer i subjektive refleksjoner og opplevelser. Med tanke på etisk og metodisk styrke muliggjør dermed det åpne utforskende utgangspunktet i konstruktivistisk grounded theory en mulighet for tilpasning til en klinisk kontekst, en sensitiv ramme for informasjonsutveksling og representasjon av brukerperspektiver. Som konstruktivistisk studie har studien få informanter, men vektlegge dybde- og prosessdata. Dette reduserer resultatenes generaliserbarhet, men kan illustrere og eksemplifisere individuelle «mikroprosesser» eller mekanismer som ligger bak virkning, opplevelse og anvendelse av filmen.

Målet med studien er å fremskaffe konkret kunnskap om film som terapiforberedelse. Jeg håper også at selve demonstrasjonen av metoden, konstruktivistisk grounded theory, brukt for å fremskaffe slik kunnskap, kan ha egen verdi. Det er derfor viet mye plass til metodologiske betraktninger og til redegjørelse for arbeidsprosess, empiri både i rå og bearbeidet form og til resultater. Dette er knyttet til de kvalitetskriterier, refleksivitet og representasjon, som ligger i det metodologiske rammeverket som er satt for studien. Her er det slik at empirien og fortolkningen av denne til en viss grad erstatter eller gis forrang fremfor det teoretiske fundamentet, og selve forskningsprosessen gjøres til en sentral del av det ferdige kunnskapsresultatet. Å ta aktivt stilling til resultatenes validitet og nedslagsfelt og å gjøre dette til en integrert del av prosjektet, er nok også viktig i lys av studiens omfang og karakter av det man kan kalle en småskala kvalitativ undersøkelse.

I det følgende skal vi se nærmere på grounded theory som metodisk rammeverk generelt og det som kan kalles et konstruktivistisk grounded theory-utgangspunkt for denne studien spesielt. Videre gjøres det utfyllende rede for forskningsprosessen. Vi skal etter hvert se at resultatene av denne prosessen ble kjernekonseptet «Allianse som erfaringsprosess» og en

modell som foreslo at det var avgjørende hvorvidt filmen maktet å etablere en tillitsrelasjon, en allianse, med den enkelte pasient. De sentrale mekanismene her var gjenkjennelse, mestringsstøtte og tillit til presentasjonen. Dette utdypes før jeg setter det hele inn i en større teoretisk sammenheng og diskuterer det i lys av eksisterende teori og begreper innenfor aktuell forskning.

Selve den metoden som er brukt i denne undersøkelsen representerer noe av et paradoks. Metoden tar mål av seg til å være empirisk, virkelighetsnær. Den ønsker å «ha beina på jorda, om man kan si det slik. Forskerens arbeid med erfaringsmaterialet medfører imidlertid stadig høyere abstraksjonsnivåer. Dermed er det åpenbart at man kan havne i en situasjon der man «har beina på jorda, men hodet i en sky». Derfor har jeg, igjen og igjen, minnet meg selv om at det er virkelige mennesker, med virkelige liv alt dette dreier, og skal dreie seg om. Jeg håper det vil skinne gjennom i det følgende.

#### ***1.2.4 Terminologi***

I denne studien bruker jeg gjennomgående begrepet «pasient», ikke klient eller bruker. Dette diskuteres ikke nærmere, men er knyttet til at datatilfanget er hentet fra psykisk helsevern der dette er et standardbegrep. Begrepet «bruker» brukes både om terapeuter og pasienter som bruker filmen. I det følgende bruker jeg også ordet «forskeren» om meg selv.

## 2 Metode

### **2.1 METODISK OG VITENSKAPSTEORETISK RAMMEVERK OG BEGREPSAVKLARING**

*Grounded theory*, GT i det følgende, betyr teori som har opphav, eller er grunnet i empiri. GT er en kvalitativ forskningsmetode som i dag brukes innenfor mange ulike fag og som er utbredt innen helsefag og psykologi. GT-studier kan plasseres innenfor ulike paradigmer og epistemologier, kunnskapsteorier; fra det postpositivistiske til det konstruktivistiske, postmodernistiske og poststrukturalistiske (Fassinger, 2005; McCreaddie og Payne, 2010). Alle GT-studier, inkludert denne, innebærer elementer som koding og kategorisering av data og selektive utvalg. Variasjoner i bakenforliggende vitenskapsteoretiske standpunkter får imidlertid konsekvenser for den spesifikke utformingen av metoden og for forståelsen av resultatene. Konstruktivistisk GT er, som vi skal se, en metode som i større grad enn tradisjonelle varianter av GT, gir mulighet til å generere teoretiske konsepter med grunnlag i små utvalg, som tar høyde for konteksten for kunnskapsproduksjonen og som lar forskeren selv være aktiv medskaper i denne. Innenfor rammen av denne studien, som var liten og dermed krevde en fokusert og noe mer teoristyrte datainnsamling, som måtte tilpasses en klinisk kontekst og der forskeren selv både samlet inn og bearbeidet materialet, fremsto konstruktivistisk GT som et passende metodevalg.

Fordi konstruktivistisk GT er en variant av GT som innebærer de samme metodiske elementene, redegjøres her innledningsvis for GT som vitenskapsteori og arbeidsverktøy og som en begrepsavklaring. Med bakgrunn i dette skal vi deretter diskutere det spesifikke metodiske fundamentet, konstruktivistisk GT, med de implikasjonene dette får for prosedyre, databehandling og analyse i denne studien.

## ***2.1.1 Grounded theory som vitenskapsteori og forskningsmetode***

### ***2.1.1.1 Opprinnelse og bakgrunn***

GT som vitenskapsteoretisk rammeverk og metode ble skapt i samarbeidet mellom de to amerikanske sosiologene og vitenskapsteoretikerne Barney G. Glaser og Anselm L. Strauss og beskrevet i boken *The Discovery of Grounded Theory* fra 1967. Glaser og Strauss forfatterskap var influert av såkalt symbolsk interaksjonisme og pragmatisme i sitt syn på kunnskap og kunnskapsproduksjon (Glaser og Strauss, 1967; Blumer, 1969). Med dette som utgangspunkt forstås, svært forenklet, kunnskap og virkelighet som mangfoldig, meningsbærende og skapt i dynamiske mellommenneskelige utvekslinger av delt symbolikk, slik som språk. Forskerens arbeid er å undersøke meningsinnholdet i symbolsk kommunikasjon slik den arter seg i mellom mennesker (Glaser og Strauss, 1967; Blumer, 1969; Hartman, 2001; Fassinger, 2005). Faktiske ytringer, språklig empiri, blir ansett som uttrykk for en kompleks, sosialt konstruert virkelighet, og det er denne symbolske virkeligheten GT bruker som utgangspunkt for kunnskapsproduksjon og som grunnlag for å skape nye teorier (Fassinger, 2005). Begrepet pragmatisme, innenfor en slik metode, brukes om hvor viktig nærhet til det empiriske materialet og den aktuelle konteksten er, når man skal forstå og tolke ny informasjon. Slik pragmatisme sikrer at kunnskapen faktisk er anvendbar innenfor et område (Glaser og Strauss, 1967; Blumer, 1969; Hartman, 2001; Fassinger, 2005).

Vitenskapshistorisk kan GT ses som en kritikk mot det positivistiske teoristyrte, eller deduktive, hypotesetestende paradigmat. Metoden bygger ny teori induktivt fra empiri i stedet for å verifisere eksisterende teoretiske rammer og kan med dette også knyttes nært til kuhniansk vitenskapskritikk (Kuhn, 1962). Fordi metoden unngår forhåndshypoteser, men lar innsamlet data skape nye spørsmål, kan metoden betegnes som en grunnleggende induktiv metode, med deduktive elementer. De deduktive elementene ligger i de spørsmålene forskeren skal frembringe, spørsmål som i sin tur skal måles mot og valideres av data. Dette representerer et brudd både med det positivistiske teoriverifiserende paradigmat og med det rent hermeneutisk fortolkende (Hartman, 2001). Vekslingen mellom induktive og deduktive elementer ligger nedfelt i selve arbeids- eller forskningsprosessen, den såkalte kontinuerlige sammenliknende metode.

### *2.1.1.2 Den kontinuerlig sammenliknende metode*

GT er et epistemologisk rammeverk, en måte å forstå kunnskapsproduksjon på, men også et metodologisk praktisk forsknings- og arbeidsverktøy. Metoden er basert på å sammenlikne og bearbeide data fra ulike datasett gjennom en gradvis abstraksjonsprosess der forskeren veksler mellom empirisk analyse, strategiske utvalg og stadig nye teoretiske formuleringer. Analysen av empiri skjer ved at man koder eller representerer meningsinnholdet i empirien i tematiske kategorier og gradvis bygger mer overgripende og systematisk forståelse av et undersøkelsesområde. GT-studier beveger seg fra åpne og beskrivende representasjoner av data til mer fokuserte og analytiske gjennom gjentatte såkalte teoretiske utvalg. Teoretisk utvalg er en strategisk utvalgsprosedyre der sammensetningen av utvalgene gjøres på bakgrunn av en vurdering av hva slags data som potensielt vil kunne belyse det aktuelle undersøkelsesområdet (Hartman, 2001; Malterud, 2003, s. 58-59). I en GT-studie er dette, som vi har sett, innledningsvis relativt åpent definert, men dreier seg etter hvert om å teste ut problemstillinger, kategorier og konsepter som har oppstått med bakgrunn i innsamlet empiri. Teoretisk utvalg lar dermed utforming, eller design, og innsamlede data og nytt empiritilfang, bli formet av den fremvoksende nye og empirinære teorien, og ikke av eksisterende teori og litteratur (Glaser og Strauss, 1967). Man slutter å gjøre nye utvalg når kategoriene har nådd sin såkalte metning. Metning av en kategori betyr at nye utvalg og ny empiri ikke kan føre til mer kunnskap om kategorien. På dette punktet er altså den teoretiske modellen mettet med informasjon (Glaser og Strauss, 1967). Målsetningen med metoden er utvikling av en valid og empirinær teori eller modell knyttet til et spesifikt kunnskapsområde (Fassinger, 2005; Glaser og Strauss, 1969; Hartman, 2001; Malterud, 2003; Rennie et al., 1988).

### *2.1.1.3 Vitenskapelig kvalitet i grounded theory: Empirinærhet, teoretisk sensitivitet og refleksivitet*

Hvordan man skal oppnå vitenskapelig kvalitet i kunnskapsresultater, slik som validitet og generaliserbarhet, objektivitet og etterprøvbarehet, ligger i fundamentet for GT som metode både slik den sprang ut som kritikk mot gjeldende vitenskapsparadigmer, og slik metoden har utviklet seg. Troverdigheten og styrken i GT som datadrevet metode, ligger i den potensielle nærheten til det studerte, til det konkrete empiriske grunnlaget, på bekostning av generell, etablert eller teoretisk kunnskap. Teoretiske modellens evne til å representere den empirien

den er utviklet fra, er dermed et viktig kvalitetskriterium i GT. For å understreke dette brukes gjerne rådata – i utstrakt grad – i teoretiske formuleringer, analyser og tekst (Fassinger, 2005; Hartman, 2001; Rennie, 1992; Rennie, 1988). Forskerens teoretiske sensitivitet, det vil si lydhørhet overfor empirien, blir også viktig. Innenfor tradisjonell GT er det derfor et ideal at forskeren er nøytral og dermed har så liten kjennskap som mulig til forskningsfeltet for å avverge forutinntatthet i møte med empiri. Videre er det viktig at man dokumenterer og gjør etterprøvbare forbindelsene mellom empiri, analyse og resultater. Dette kalles refleksivitet.

Med stor grad av nærhet til konkrete data blir det at det er vanskelig å generalisere, en innvendig mot metoden. Ekstern gyldighet av utviklede teorier, mulighet for å bruke teorien i andre sammenhenger, kan altså være svakere, særlig ved mindre studier (Rennie et al., 1988). Skaperne av GT, Glaser og Strauss, satte intern validitet høyt som vitenskapelig kvalitetskriterium. Dette hadde utgangspunkt i den pragmatiske verdien av teorier som førte til anvendbar kunnskap innenfor et bestemt felt. Er de teoretiske kategoriene fullt ut mettet, skulle imidlertid en metodisk GT-studie kunne gi holdbare såkalte substansielle mellomnivåteorier, det vil si teorier som også er gyldige når de brukes på andre konkrete og egnede data. Formell teori, teori som kan generaliseres på et abstrakt nivå, kan også vokse frem gjennom gjentatte studier over tid (Gasson, 2004; Glaser og Strauss, 1967; Hartman, 2001).

Spørsmålet om objektivitet, validitet og generaliserbarhet i kunnskapsproduksjon berører et grunnleggende paradoks i GT (Rennie et al., 1988). Som grunnleggende induktiv metode gjør den empirien til det primære med den muligheten for kompleks kunnskap om et fenomen som dette muliggjør. Dette skjer på bekostning av abstrakt eller generell kunnskap som potensielt reduksjonistisk med tanke på komplekse meningsbærende ytringer. Samtidig innebærer en induktiv metode et premiss om et grunnleggende åpent, objektivt eller teoriløst utgangspunkt, som også potensielt er reduksjonistisk i forhold til den konteksten kunnskapsproduksjonen, både empiri og teoribygging, og ikke minst forskeren selv, befinner seg i. Dette danner utgangspunktet for utviklingen av konstruktivistisk GT som vi straks skal se nærmere på.

## **2.2 MIN BRUK AV METODEN**

### ***2.2.1 Konstruktivistisk grounded theory: Konflikt, brudd og kontinuitet***

*...«Instead, a constructivist approach recognizes that the categories, concepts, and theoretical level of analysis emerge from the researcher's interactions within the field and questions about the data.» (Charmaz, 2003, s.271)*

Utgivelsen av Glaser og Strauss' *The Discovery of Grounded Theory* markerte et brudd i syn på kvalitativ forskning. Dette foregikk både på metodologisk og vitenskapsteoretisk nivå i det boken inneholdt et utførlig beskrevet og systematisk metodisk rammeverk og et induktivt teoribyggende, snarere enn et hypo-deduktivt epistemologisk standpunkt (Charmaz, 2003). Samtidig bygget GT på mange måter på det rådende positivistiske vitenskapsidealet, der man mener at vitenskapens mål er å avdekke objektiv, nøytral og sann kunnskap, gjennom en teoriløs og upersonlig forsker (Charmaz, 2003). Tanken om metning av teoretiske kategorier, som over tid kan føre til utvikling av formelle teorier om mer overgripende sammenhenger og kausalitet, illustrer at GTs mål er sann kunnskap. Metodens ønske om en nøytral, instrumentell forsker er også sammenfallende med det positivistiske idealet. I en konstruktivistisk forståelse, slik som denne studien er et uttrykk for, er imidlertid kunnskap subjektivt konstruert, eller konstruert i forholdet mellom enkeltsubjekter. I en konstruktivistisk variant av GT kan dermed teoretiske konsepter og formuleringer alltid foredles, og ytterligere dybde og kompleksitet kan alltid tilføres (Charmaz, 2003, s.273). Målet om å oppnå uttømmende beskrivelse innenfor et kunnskapsområde, såkalt metning, mister dermed sin betydning innenfor denne varianten.

En av de forskerne som har vært mest sentral i videreutviklingen av GT i denne konstruktivistiske retningen, er den amerikanske sosiologen Kathy Charmaz (Charmaz, 2003; Charmaz, 2006). Den foreliggende studiens konkrete metodiske fundament trekker sterke vekslers på hennes konstruktivistiske perspektiver på GT-metodikk. Dette har fått konsekvenser på alle nivåer i den foreliggende forskningsprosessen, fra design og datainnsamling til bearbeiding, koding, analyse og presentasjon.

I sin nyskapende artikkel *Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods* (2003) beskriver Charmaz brudd og kontinuitet i utviklingen av GT, metodens grunnleggende ideer og vitenskapsteoretiske røtter. Charmaz beskriver hvordan konstruktivisme kan forstås som en videreutvikling, og mulig foredling, av GTs grunnleggende kvaliteter. Slik kan



konstruktivisme bygge bro mellom fundamentale ideer i GT, såkalt symbolsk interaksjonisme og pragmatisme, og et mer postmoderne kunnskapsteoretisk standpunkt. Induktiv kvalitativ metode, hevder Charmaz, dreier seg om at kunnskap konstrueres subjektivt og mellom subjekter. Charmaz kritiserer GT-feltet, slik det utviklet seg på 1990-tallet, for å ha blitt for definert av teknikk og prosedyre. Hun hevder at selve kjernen i GT ikke ligger i at en teknisk metode skal sikre sann kunnskap, men i forskerens dialog med en kompleks virkelighet gjennom sammenlikning av ulike data (Charmaz, 2003). Dette oppnås gjennom fleksible strategier som fremmer en fortolkende forståelse, som kan tilpasses og representere ulike sammenhenger der kunnskap kan komme til anvendelse, altså både være anvendbar og anvendt. Fokuset på teknikk, slik som anvendelse av datasystemer i koding og andre standardiserte verktøy, fører til distanse mellom empiri, forsker og fortolkning og leder vekk fra den virkelige styrken i GT-metodik. I følge Charmaz ligger denne styrken i forskerens nærhet til empirien og muligheten for en helt klar erkjennelse av at forskeren er samskaper, ikke bare registrator eller oppdager av kunnskap. Dermed oppstår en mer likeverdig relasjon mellom forsker/subjekt og deltaker/objekt.

Teori som er utviklet fra empiri som er produsert eller konstruert i en bestemt kontekst, som forskeren selv er en del av, har begrenset gyldighet, men kan i beste fall være rik på beskrivelse og dybde (Charmaz, 2003; Charmaz, 2006). En konstruktivistisk tankegang spiller dermed på lag med grunnideen i GT: En teori blir bare holdbar i kraft av empiri.

Konstruktivismen setter dette på spissen ved å vise hvordan teoretiske formuleringer blir gjort gyldige og samtidig grunnleggende begrenset av den samme empirien. Konstruktivisme, i følge Charmaz, rendyrker de sentrale vitenskapelige kvalitetene ved GT som metode, den åpne og kunnskapsutviklende agendaen, fundamentet i spesifikk empiri og fortolkningen av meningsbærende kommunikasjon oppstått mellom subjekter. Fundamentet er induktivt, forskningsstrategiene fleksible og fortolkende, forskeren er i dialog med dataene og med den aktuelle sammenhengen og reflekterer løpende over det hele. Dette, sammen med samvittighetsfull representasjon av empiri utgjør de sentrale elementene i den konstruktivistiske GT-metodikken som denne studien representerer.

GT, både i mer tradisjonell og videreutviklet forstand, er en metode der fasene i det vitenskapelige arbeidet, datainnsamling, utvalg og analyse, foregår samtidig.

Erkjennelsesprosessen i en GT-studie ligger i de små avgjørelsene forskeren tar underveis i selve forskningsforløpet. Vitenskapelig kvalitet og troverdighet i kunnskapsproduksjonen hviler dermed i stor grad på utførelsen av selve forskningsprosessen, og på at forskeren

dokumenterer denne prosessen og gjøre den til en integrert del av det ferdige resultatet. Både metoden og selve prosessen er altså en del av det endelige resultatet. Med dette metodiske rammeverket ble det også viktig å tydeliggjøre utvekslingen mellom empiri og teoriutvikling på alle nivåer i kunnskapsprosessen, og dermed at de utviklede konseptene og modellen er en samkonstruksjon mellom forskeren og informantene. Dette vil bli forsøkt gjort i det følgende.

## **2.3 DATA OG ANALYTISK PROSESS**

### ***2.3.1 Dataproduksjon: Design og prosedyre***

#### ***2.3.1.1 Design***

Studiens design innebar ni datapunkter, altså tidspunkter for datainnsamling. Informantene var tre terapeuter ved en urban ruspoliklinikk og tre av deres pasienter, altså seks informanter og tre terapeutiske dyader. Første datapunkt var et fokusgruppeintervju med de tre terapeutene og innebar den første visningen av den omtalte filmen. Denne gruppeformen ble valgt både for å gjøre deltakelse i prosjektet mer overkommelig i en travel klinisk hverdag, men også for å gi tilgang på gode refleksjoner slik de så lett kan komme fram i utveksling mellom fagfolk og kollegaer. Formålet med refleksjonene, noe deltakerne også ble gjort oppmerksom på, var å få tak i assosiative sammenhenger, erfaringer, inntrykk, språklige formuleringer og opplevelser fra dem som erfarne rusterapeuter.

Videre ble det gjort individuelle dybdeintervjuer med hver av pasientene. Dybdeintervjuets hensikt var å kunne gi en bredere forståelse av pasientens respons når de senere fikk se filmen. Det vil si en forståelse som ga mulighet til å sette responsene i sammenheng med pasientenes faktiske situasjon og erfaringer. Etter dybdeintervjuet ble det foretatt et sesjonsopptak, der pasienten skulle se filmen sammen med sin terapeut i en behandlingstime og samtale om den. Dette var altså første gang pasientene så filmen, mens terapeutene hadde sett den før. At sesjonsintervjuet ble lagt til en faktisk behandlingstime, skulle kaste lys over filmens anvendelse som et psykoedukativt verktøy, både fra pasientens perspektiv og fra terapeutens, og fordi det skulle skje innenfor rammen av en terapeutisk relasjon.

Avslutningsvis ble det foretatt individuelle telefonintervjuer med to av terapeutene for å

innhente erfaringer knyttet til bruken av filmen og for å få tilgang til prosessen fra et terapeutperspektiv, fra refleksjonene i forkant til tankene etter at de hadde sett filmen sammen med pasientene sine.

Intervjumaterialet fra disse ni datapunktene skulle utgjøre det primære empiriske grunnlaget for det analytiske arbeidet. Punktene ble spredd ut i tid for å gi muligheten til å bearbeide empirien mellom dataopptakene og dermed til den utvekslingen mellom empiri og fremvoksende teori som kjennetegner GT-metodikk (Willig, 2008). En overordnet hensikt med designet var å oppnå en såkalt triangulering i materialet. Triangulering er en forskningsstrategi der man inkluderer og likestiller ulike datatilfang, innsamlingsmetoder og perspektiver på et aktuelt fenomen (Flick, 2004; Yin, 1999). Triangulering brukes for å øke validiteten av studier, både kvalitative og kvantitative. Dette er fordi ulike perspektiver på et kunnskapsområde, og ulike former for datatilfang, kan korrigere hverandre gjensidig. I denne studien var trianguleringsstrategier å inkludere ulike brukergrupper, pasienter og terapeuter, samt å velge ulike intervjuformer; fokusgruppe, dybde- og sesjonsintervju og ulike intervjuere; forskeren og terapeuten. Triangulering som metode er i tråd med Charmaz vektlegging av verdien av det fleksible, intersubjektive og samskapende i kunnskapsproduksjon (Charmaz, 2003). For å styrke designets mulighet til å fange opp brukernes (terapeutenes og pasientene) erfaringer etter hvert som de oppsto, ble også annen kommunikasjon som var blitt nedtegnet og loggført, brukt som data; møte- og samtalenotater, samt e-post. Dette ble imidlertid ikke inkludert i de dataene som siden ble kodet. I stedet ble stoffet brukt, sammen med oppsummeringer av observasjoner og inntrykk fra intervjusituasjonene, som støtte i forskerens fortolkningsarbeid.

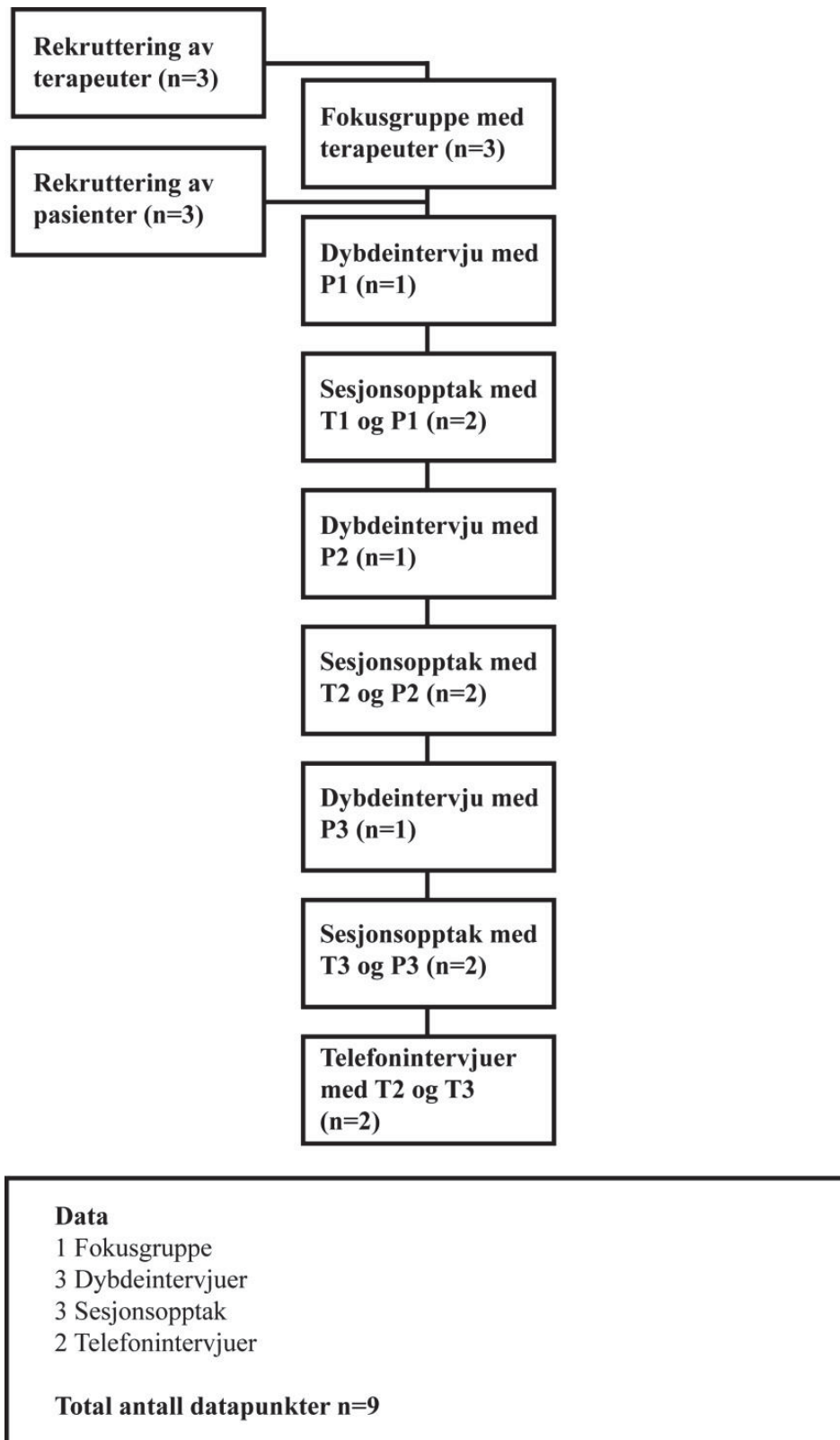
### *2.3.1.2 Prosedyre og utvalg*

Utvalget av deltakerne i studien kan kalles strategisk. Et strategisk utvalg er sammensatt for at materialet skal kunne belyse et spesifikt kunnskapsområde eller en spesifikk problemstilling. Et slikt utvalg er dermed foretatt for å sikre intern validitet i kunnskapsresultatene, altså at disse skal kunne kaste lys over dette avgrensede undersøkelsesområdet (Malterud, 2003, s. 58-59). Ettersom det aktuelle kunnskapsområdet for denne studien var innenfor en reell klinisk hverdag, kan utvalgsprosedyren også kalles pragmatisk i det den ble definert av denne kliniske rammen og de aktuelle hensynene som oppsto underveis.

Det ble opprettet kontakt med en av terapeutene ved det omtalte behandlingsstedet, gjennom prosjektets veileder, med forespørsel om vedkommende ville delta i studien. Gjennom denne kontakten ble det rekruttert ytterligere to terapeuter, og det ble satt opp et møte mellom de tre terapeutene, prosjektansvarlig/veileder og forskeren der det ble gitt informasjon om studien og laget en foreløpig plan for deltakelse og dato for fokusgruppeintervjuet med terapeutene i februar 2012. Terapeutene som deltok var tre erfarne rusterapeuter; to kvinner og en mann, to psykologer og en sosionom. En hadde ikke etnisk norsk bakgrunn, men snakket svært godt norsk. Terapeutene hadde ulik grad av kjennskap til oppmerksomt nærvær- og akseptbaserte teknikker.

Som en respons på terapeutenes umiddelbare refleksjoner rundt bruk av filmen i en startfase av et behandlingsforløp, ble det gjort et tillegg i designet. Terapeutene ga uttrykk for at de ikke var sikre på om filmen ville passe for alle pasienter, og at de ønsket å sørge for at det var etablert en terapeutisk relasjon og eventuell utredning før de ba pasientene delta i undersøkelsen og deretter introduserte filmen. Det ble dermed spesifisert at det skulle være terapeutene som valgte hvilke pasienter som skulle delta, og når det passet å vise filmen. Terapeutene tok kontakt med forskeren da de hadde en kandidat, og vi satte opp et tidspunkt for dybdeintervjuet. Pasientene var to menn og en kvinne i behandling for problematikk knyttet til bruk av alkohol. De var alle i førtiårene, med høyere utdanning og i full jobb. To av pasientene hadde ikke norsk etnisk bakgrunn. Begge disse snakket godt norsk. To av pasientene hadde noe kjennskap til teknikker som likner oppmerksomt nærvær og aksept gjennom yoga og såkalt pilatestrening. Ved tidspunktet for dybdeintervjuet hadde pasientene hatt fra fire til seks behandlingstimer. Ingen av dem hadde vært i rusbehandling tidligere.

I henholdsvis april, juni og november 2012 ble det foretatt dybdeintervjuer med pasientene, med påfølgende, tilhørende sesjonsopptak med pasientene sammen med sin terapeut. Alt foregikk i poliklinikkens lokaler. Det var varierende grad av nærhet i tid mellom dybdeintervjuet og sesjonsopptaket for de ulike pasient/terapeutdyadene, fra umiddelbart, til en uke etter. Dette var av hensyn til terapeutenes og pasientenes timeplaner. I mars 2013 ble terapeutene etter avtale ringt for et avsluttende telefонтintervju. En av terapeutene var da i permisjon fra sin stilling og kunne ikke gi sine avsluttende refleksjoner.



Figur 1: Fremstilling av design og prosedyre. P, pasienter; T, terapeuter.

### *2.3.1.3 Samtykke*

Studien var godkjent av Regional etisk komité før oppstart. Det ble sendt inn en søknad til Regional etisk komité i forbindelse med avviklingen av et annet forskningsprosjekt rundt den samme filmen. Denne ble godkjent. Ny prosjektbeskrivelse og søknad ble sendt inn i forbindelse med oppstart av aktuell undersøkelse. Denne ble godkjent på samme grunnlag som den første søknaden. Ved oppstart og første fokusgruppe med terapeutene ble samtykkeerklæringen gjennomgått og underskrevet av de tre terapeutene. De fikk med seg et informasjonsskriv samt selve samtykkeerklæringen som de kunne vise til aktuelle pasientdeltakere slik at disse kunne få vel informert betenkningstid i forkant av eventuell deltakelse. I forkant av dybdeintervjuet ble dette informasjonsskrivet gjennomgått og selve erklæringen underskrevet sammen med forskeren. Valgfri deltakelse og konfidensialitet ble presisert.

### *2.3.1.4 Intervjuer og intervjuguider*

Det kvalitative forskningsintervjuet skal være et pålitelig instrument for å samle inn og gi fyldig og kompleks informasjon om menneskers erfaringer, indre forestillinger og livsverden (Kvale, 2006) Dette kan danne et bredt utgangspunkt for fortolkning. I tråd med studiens undersøkelsesområde, metodevalg og design ga det mening å bruke dette som empirisk tilfang. Utført forsvarlig utgjør også forskningsintervjuet også en trygg og sensitiv ramme for informasjonsoverbringelse.

Så vel fokusgruppen med terapeutene, som dybdeintervjuene og sesjonsopptakene av pasientene, ble gjort med utgangspunkt i ulike semistrukturerte, altså delvis strukturerte, intervjuguider. Slike intervjuguider lar både forhåndsdefinerte og umiddelbare forskningsspørsmål forme datatilfanget. Dette sørger altså for at både teoretiske perspektiver og forskeren selv får innflytelse på materialet, samtidig som nye spørsmål, spørsmål som oppstår i det faktiske samspillet eller samtalen mellom intervjuer og informant, kan få plass. Ved å bruke denne formen forsøkte vi å sikre anvendelig data som kunne belyse undersøkelsesområdet innenfor rammene av prosjektets størrelse. Dette er samtidig en intervjuform som gjør eksplisitt den teoretiske konteksten for studien og forskerens egen samskapende rolle i dataproduksjonen og er dermed i tråd med det metodiske utgangspunktet.

Intervjuguiden til den første fokusgruppen med terapeutene hadde form av en informasjonsutveksling mellom intervjuer/forsker og terapeuter om bakgrunnen for studien, terapeutenes arbeid, deres kjennskap til filmens teoretiske utgangspunkt, dens kliniske innhold og den planlagte bruken. Terapeutene ble også invitert til å reflektere rundt tematikk knyttet til studiens undersøkelsesområder; behandlingsmotivasjon og behandlingsavbrudd, oppmerksomt nærvær- og akseptteknikkene og skam- og skyldproblematikk knyttet til rus og avhengighet. Etter at terapeutene hadde sett filmen, for første gang, dreide samtalen seg om selve filminstrumentet; førsteinntrykk, bruk, muligheter, bekymringer og mulige pasientreaksjoner.

Intervjuguidene som ble brukt i dybdeintervjuene av pasientene hadde en struktur med åpne spørsmål og tematisk inndeling som begynte med opplysninger av mer demografisk karakter relatert til oppvekst, familie og sosialt nettverk, før spørsmål knyttet til studiens formål; rus- og avhengighet, opplevelse av kontroll, fremtidshåp, selvbylde, skam- og skyldproblematikk. Alle intervjuguidene ga anledning til at den intervjuede kunne gi tilbakemelding på spørsmålene og på situasjonen da intervjuet var slutt.

Mellom hvert intervju, som et resultat av en første analyse av materialet, ble intervjuguidene tillempet. Delvis skjedde dette på grunnlag av erfaringer som hadde med overlappende spørsmål, rekkefølge og tematikk å gjøre. Primært dreide det seg likevel om endringer og tillegg som kunne belyse teoretiske funderinger som hadde oppstått gjennom tidligere intervjuer, altså den allerede foreliggende empirien. Dette utgjorde studiens mest uttalte forsøk på teoretisk utvalg, og ga fersk empiri mulighet til å påvirke fremvoksende teoretiske kategorier. Charmaz vurderer dette som en nøkkelkvalitet ved GT som metode (Charmaz, 2003).

### *2.3.1.5 Databehandling*

Fokusgruppen, dybdeintervjuene og sesjonsopptaket ble tatt opp på lydopptak og varte fra førti minutter til halvannen time. Ved de avsluttende telefonintervjuene ble det tatt notater fra samtalen. Disse varte rundt femten minutter. Lydfilene ble transkribert i sin helhet og siden kodet i flere omganger av forskeren. I tillegg til samtalenotater og korrespondanse var det i alt 183 sider transkribert intervjumateriale. Lydfiler, transkripsjoner, kodet materiale og andre sensitive opplysninger ble lagret på forskerens private pc, passordbeskyttet, uten

identitetsmarkører og uten internett-tilkobling. Det ble laget backup av disse filene som ble lagret på en nedlåst minnepinne i forskerens hjem. Pasientene ble nummerert og gitt navn etter rekkefølgen på intervjuene: P1, P2 og P3. Terapeutene i henhold til sin pasient: T1, T2 og T3

Det å intervju, transkribere og kode selv har flere metodiske fordeler. Det gir kjennskap og nærhet til det empiriske materialet og dermed styrkes teoriutviklingen, slik Charmaz understreker viktigheten av. Når det gjelder intervjuing og transkribering, er dette av spesielt stor betydning fordi oversettelse fra samtale til tekst ellers innebærer et tap av kommunikativ mening som intervjueren har tilgang på (Kvale, 2006, s.105-109).

### ***2.3.2 Koding og teoriutvikling***

#### ***2.3.2.1 Åpen koding***

Koding og kategorisering av empirisk materiale er det grunnleggende analytiske verktøyet innenfor GT (Mills et al., 2006). Koding er analytiske representasjoner av data. Koding finner sted i tre ulike faser av forskningsprosessen, som kan kalles den åpne, den aksiale og den teoretiske, eller fokuserte. Fasene representerer ulike analytiske nivåer. I den primære, såkalte åpne kodingen, utvikles de første analytiske kategoriene fra rådata. I denne studien ble intervjumaterialet, fra henholdsvis fokusgruppe, dybdeintervju og sesjonsopptak, i sin helhet transkribert og gjennomlest. Deretter gjennomgikk forskeren tekstmaterialet i en åpen eller utforskende koding som besto av en tematisk ordning av rådata relatert til spørsmålene som ble stilt i intervjuet, en oppsummering av innholdet og en parallell tekstkode. Tekstkodene var ikke bestemt på forhånd, men utledet underveis, i arbeidet med den faktiske rådata, slik Charmaz understreker viktigheten av (Charmaz, 2003, s.258). For å tydeliggjøre utvekslingen, den gjensidige påvirkningen, mellom empiri og fortolkning og for å styrke nærheten mellom rådata og de primære fortolkningene som den åpne kodingen utgjorde, ble dette gjort på samme ark.



### 2.3.2.1.1 Eksempel fra åpen koding av dybdeintervju med P1:

I = Intervjuer

P = Pasient

<b>Rådata:</b>	<b>Tematikk:</b>	<b>Oppsummert innhold:</b>	<b>Koder:</b>
<p>I: Mmm. Ja. Du har jo sagt litt om det før også, men hva hva er det som motiverer deg nå for å gjøre en endring i forhold til alkohol?</p> <p>P: Ja altså...ehh...jeg opplever jo at jeg har den største gleden av å ha full kontroll over meg...</p> <p>I: Mmm</p> <p>P: Og over mine...s...ja...også er det må jeg...lærer jeg også at det er veldig morsomt hvis man...ja opplever ting bevisst.</p> <p>I: Mmm. Ja</p> <p>P: Det motiverer meg veldig veldig.</p>	<p>Motivasjon for endring i nåværende situasjon/alkoholproblematikk</p>	<p>Opplever den største gleden over å ha kontroll over seg selv.</p> <p>Lærer seg å synes det er morsomt å oppleve ting bevisst noe som motiverer ifht alkoholproblemet.</p> <p>Opplever seg mye mer stabil og ikke så følsom.</p>	<p>Glede ved kontroll over seg selv</p> <p>Glede ved bevisst opplevelse</p> <p>Stabilitet i følelsesliv</p> <p>Egen utvikling/modning (Jf. «jeg lærer meg å synes det er morsomt...»)</p>

<p>I: Ja</p> <p>P: Også jeg mye mer...ehh..stabilt og sånt...</p> <p>I: Mmm</p> <p>P: Og ikke så følsomt.</p> <p>I: Ja. Mmm. Ja.</p> <p>Ehhh...</p> <p>P: Så det er motivasjonen mitt. Ja.</p>			
--	--	--	--

#### 2.3.2.1.2 Eksempel fra åpen koding av sesjonsopptak med P1:

T = Terapeut

P = Pasient

<b>Rådata:</b>	<b>Tema:</b>	<b>Oppsummert innhold:</b>	<b>Koder:</b>
<p>T: Ehhh...de sier jo sånn om avhengighetsproblematikk og behandling...ehhh...hvordan opplevde du det som ble presentert av det...eller de tankene som de hadde rundt avhengighet og behandling?</p> <p>P: Ja. Jeg skjønner med en gang (ler).</p> <p>T: Ja. Ja. Så det var enkelt å forstå.</p> <p>P: Så jeg...det...det...ikke sånn selvfølgelig har</p>	<p>Presentert tankegods/budskap ifht rus/avhengighet/behandling</p>	<p>Skjønnte budskapet med en gang. Enkelt å forstå . Ikke personlig eller karakteristisk, men et godt kompromiss mellom det komplekse og det enkle. Enkelt nok.</p>	<p>Enkelt å forstå</p> <p>Ikke personlig, men allikevel komplekst nok</p> <p>Enkelt nok</p> <p>Kompromiss mellom kompleksitet og enkelhet som formatet</p>

<p>jeg...jeg personlig karakter er selvfølgelig litt annerledes utslag på ting, men...</p> <p>T: Ja</p> <p>P: Men jeg...nei jeg...nei det var...</p> <p>T: Mmm</p> <p>P: Klart også var jeg likte egentlig at den...jeg synes utfordring er hvor kompleks kan man gjøre ting...</p> <p>T: Ja</p> <p>P: ...hvor enkelt kan man gjøre ting...</p> <p>T: Nemlig.</p> <p>P: Og...med på første...mitt første tanke var «Åhhh det er ganske enkelt», men sånn er det...så det var enkelt nok synes jeg.</p> <p>T: Ja. Enkelt nok. Ja. Nemlig</p> <p>P: Ja. Så god...kompromiss</p>			krever
---	--	--	--------

Alle rådata ble forsøkt representert i koding. Kodingen foregikk imidlertid på ulike nivåer der enkelte deler av empirien ble ordrett representert, mens andre fikk mer bearbeidede eller begynnende teoretiske representasjoner. Dette markerte en begynnende fremvekst av teoretiske konsepter.

### 2.3.2.2 Refleksivitet: Feltnotater, sammendrag og memo-skriving

Et viktig begrep i innenfor GT-metodikk og -epistemologi er refleksivitet i teoriutviklingen. Forskeren reflekterer over sin egen kunnskapsprosess, blant annet gjennom feltnotater og såkalte «memo» der fremveksten av kategorier, konsepter og teorier nedtegnes etter hvert som de utvikles fra empirien. Gjennom refleksjon og, ikke minst, selvrefleksjon fremkommer bakgrunnen for den endelige teorien, og likeledes utviklingen av kategoriene, deres egenskaper og innbyrdes relasjoner. At hele den bakenforliggende prosessen fremkommer klart, gjør resultatene etterprøvbare (Glaser og Strauss, 1967; Fassinger, 2005; Rennie et al., 1988). I denne studien ble det gjort forsøk på å reflektere teoriutviklingsprosessen gjennom feltnotater, sammendrag av informasjon og koder og memo-skriving. Som en studie basert på konstruktivistisk GT var dette også selvrefleksive grep som understreket egne fortolkninger. Man vil også kunne se forskerens egen analytiske prosess; opplevelser, ideer og avgjørelser.

Etter hvert intervju laget forskeren sammendragsnotater på bakgrunn av den åpne kodingen og aktuelle feltnotater. Dette var oppsummerende fortolkninger av informasjon og innhold som forskeren satt igjen med.

#### 2.3.2.2.1 Utdrag fra sammendragsnotat etter dybdeintervju med P1:

*«...Fremstår som litt ukonvensjonell og en som forsøker å lære av/bli klok på seg selv og sin egensituasjon. Mye av det han forteller om er forenelige med et slags prosess- og/eller metaperspektiv på seg selv. Det kan virke som han ser på seg selv som en aktør i en lærings-/utviklingsprosess og som han forstår behandling og endring som en del av en slik prosess...»*

Slike sammendrag kan forstås som det Charmaz kaller *sensitizing concepts*; at man føler seg frem på grunnlag av tidligere innsamlet materiale og forsøker å forme en tentativ forståelse, eller primære konsepter, som kan utgjøre et startpunkt for videre undersøkelse (Charmaz, 2003, s.259). Sammendragene kan i denne sammenhengen derfor betegnes som et bindeledd mellom åpen/utforskende fase og mer aksial/selektiv eller fokusert koding.

Med utgangspunkt i den primære åpne kodingen og i sammenfatningen ble det for hvert datasett beskrevet områder for videre undersøkelser. Dette forfulge forskeren inn i ny datainnsamling, primært gjennom reformulering og endring av intervjuguidene.

Utviklingsprosessen, fremvoksende ideer, kategorier og undersøkelsesområder, i prosjektet, ble nedtegnet, gjennom såkalte *memo*. Følgende utdrag av et memo beskriver fremveksten av

et teoretisk konsept knyttet til ulike opplevelser av filmen. Memoet ble skrevet etter at fokusgruppen med terapeutene samt det første pasientopptaket (dybdeintervjuet med tilhørende sesjonsopptak) var avviklet. Det viser forskerens spørsmål og hypoteser på dette tidspunktet:

#### 2.3.2.2.2 Utdrag fra memo:

*«...Det modnings- og kjennskapsperspektivet med hensyn til hvilke pasienter og terapeuter oppmerksomt nærvær -og akseptbaserte teknikker kan passe for som terapeutene presenterte i fokusgruppen synes å ha en parallell i dybdeintervjuet (P1). Modning ser der ut til å kunne henge sammen med pasienter med en integrert opplevelse av og aksept for negative følelser. Den intervjuede pasienten (P1) ser ut til å presentere et gjennomgående prosess- og metaperspektiv på seg selv. Med det menes at han ser på seg selv som en aktør i en lærings- og utviklingsprosess, og at dette gjør det mulig for vedkommende å integrere og erkjenne negative erfaringer. Denne pasienten har også kjennskap til yoga/meditasjon og kjenner igjen deler av filmens innhold; øvelser og budskap og opplever at filmens appell ligger i at den kan «minne meg på at dette er en prosess» når det ikke går så bra. «Prosess-perspektivet» synes å være knyttet til mange fremstillinger i materialet slik som altså aksept for negative følelser slik som savn og anger, men også kontrolltap i forbindelse med rus og avhengighet illustrert i eksempelet under:*

*I: Ehhh...mmm...ehhh...har du tidligere gjort noen forsøk på å slutte å drikke? Før du kommer hit nå?*

*P: Ja, men det (ler)...det ehhh...og da jeg...jeg lurte meg sjøl fordi jeg klarte det.*

*I: Mmm*

*P: Så jeg...jeg..jeg trodde hele tiden at jeg har kontroll*

*I: Mmm*

*P: Ehhh...*

*I: Ja*

*P: Men hvis jeg ser tilbake hadde jeg også situasjoner hvor jeg ikke hadde det kontroll hvis jeg er ærlig.*

*I: Mmm*

*P: Men jag hadde et følelse....så det er litt sånn...*

*I: Ja. Ja*

*P: ...det er hele triksen med (ler) ...nei*

*I: Mmm*

*P: ...avhengighet...*

*I: Mmm. Ja. Si...si litt mer om det.*

*P: Ja at det er en prosess og...ehh...at men må skjønne at man har ikke normalt forhold...*

*Hvem passer filmen for? Må filmen brukes av «ekspertbrukere»; terapeuter og pasienter? Hvordan vil filmen oppleves av andre pasienter og hvordan vil dette komme til uttrykk?...» (Memo, April, 2012)*

### *2.3.2.3 Aksial og teoretisk koding og modellutvikling*

Ved å sammenlikne primære empiriske kategorier og sammenstille ny og allerede innsamlet empiri muliggjøres en økt systematisering av materialet gjennom såkalt aksial koding. Dette innebærer gruppering av kategorier og kartlegging av relasjonene mellom dem (Fassinger, 2005; Hartman, 2001). Videre, gjennom det som kalles teoretisk eller fokusert koding, utvikles såkalte kjerne kategorier fra disse grupperingene. Kjerne kategoriene omfatter og beskriver store deler av den aktuelle empirien, de er abstrakte, komplekse og hele tiden følsomme for ny informasjon (Rennie et al., 1988). Kjerne kategoriene utgjør de sentrale konseptene og temaene i den ferdige teoretiske modellen.

I praksis er forskningsprosessen i GT-studier en veksling mellom de tre kodingsfasene der nytt materiale stadig beskrives og analyseres, og eksisterende undersøkes på nytt (Fassinger, 2005). Innenfor et konstruktivistisk perspektiv på GT handler dette om forskerens prosess med sin empiri (Charmaz, 2003). Ny empiri kan føre til utdypet forståelse for det materialet man har, men også føre til endring på mer systematisk nivå og en mer dynamisk forståelse av resultatene som helhet. Slik blir empirien, slik den tolkes av forskeren, det styrende prinsippet i teoriutviklingen. Charmaz beskriver hvordan en del av konsept- og modellutvikling er å gå fra å se resultatene sine som statiske isolerte tema, til å se dynamiske interrelaterte konsepter (Charmaz, 2003, s.261). I denne studien ble dette en viktig del av utviklingen fra et aksialt/teoretisk system av kategorier til dynamisk beskrivende teoretiske konsepter og endelig til en modell.

Etter at terapeutfokusgruppen og to pasientopptak; dybde- og sesjonsintervju, var avviklet og primærkodet, gruppert forskeren kodene sammen etter tematikk. Med utgangspunkt i dette ble det laget et utkast til fem interrelaterte tematiske kategorier som rommet alle disse undergruppene. Kategoriene ble gitt navn som beskrev den overordnede tematikken i empirien de representerte. Disse tematiske kategoriene var: «Allianse», «Kjennskap», «Gjenkjennelse og mestringsstøtte», «Egenkontroll» og «Lavterskel». Disse ble ordnet hierarkisk. Kategori en, to og tre var de mest abstrakte og fleksible kategoriene som rommet mest empiri, mens kategori fire og fem var mer spesifikke og rommet noe mindre av det empiriske grunnlaget. Utviklingen av hver tematiske kategori og paralleller mellom datasettene ble beskrevet. Alle rådata ble knyttet til en eller flere tematiske underkategorier under en eller flere overordnede kategorier og slik uttømmende representert i det aksiale/teoretiske systemet.

Etter at det siste pasientopptaket også var kodet, ble også dette materialet inkorporert i hierarkiet. Kategoriene fikk med dette flere underkategorier som la til kompleksitet og forståelse. Inkorporeringen av data fra siste pasientopptak førte også til en endring i relasjonen mellom kategoriene. En av de fem, «Allianse», ble nå forstått som overordnet og strukturerende, med forbindelser til alle de andre tematiske kategoriene. Begrepet «Allianse» betegner her hvordan pasienter og terapeuter bygger relasjoner med filmen, og slik «Allianse» ble en del av et mulig kjernekonsept når det gjaldt å forstå hvordan pasientene og terapeutene opplevde og brukte filmen. Hvorvidt det ble etablert en tillitsrelasjon, en allianse, til filmen ble altså forskeren forstått som avgjørende for alle brukernes opplevelse av og mulighet for anvendelse av filmen.

Etter at det siste pasientopptaket var avsluttet, kodet og kategorisert ble det laget et utkast til et teoretisk kjernekonsept; «Allianse som erfaringsprosess» og en allianseprosessmodell som skulle romme empirien, de hierarkiske tematiske kategoriene, underkategoriene og relasjonene mellom dem. Allianseprosessmodellen innebar en ytterligere abstraksjon og en mer operativ fortolkning av kjernekonseptet. Operativ i den forstand at modellen kan forstås som en mer overordnet hypotese om funksjonen av slik film; en hypotese som i neste omgang kan prøves ut på nytt materiale. Kjernekonseptet og modellen ble speilet tilbake til terapeutene gjennom spørsmål i det avsluttende telefonintervjuet. På denne måten ble også det utviklede kjernekonseptet og den teoretiske modellen empirisk modifisert og validert.

## 3 Resultater

### **3.1 «ALLIANSE SOM ERFARINGSPROSESS»**

Kjernekonseptet som ble utviklet fra materialet var «Allianse som erfaringsprosess». Dette kjernekonseptet rommer forståelsen av hvordan henholdsvis terapeutene og pasientene bygger, eller ikke bygger, allianse med filmen gjennom erfaring. To tankemessige underprosesser ble identifisert for henholdsvis terapeuters og pasienters opplevelser. For terapeutene ble alliansebyggingsprosessen kalt «Fra kjennskap, tillit og skepsis til praksis» og for pasientene «Fra egenkontroll, gjenkjennelse og tillit til mestringsstøtte eller avvisning».

#### ***3.1.1 «Fra kjennskap, tillit og skepsis til praksis»***

Dette konseptet viser hvordan terapeutenes opplevelse av filmen kan karakteriseres som en prosess. Utgangspunktet er selvfølgelig deres erfaringer som terapeuter. Alliansebygging med filmen starter med terapeutenes faglige kjennskap til innholdet, dernest så man deres tillit eller skepsis til den spesifikke presentasjonen av innholdet, og til slutt ble prosessen oppsummert i hvordan de opplevde at filmen, eller filminstrumentet, faktisk fungerte i praksis, altså selve anvendelsen.

##### ***3.1.1.1 Kjennskap, tillit og skepsis***

De tre terapeutene hadde ulikt kjennskap til filmens terapeutiske innhold og ulike innledende refleksjoner knyttet til anvendelse av den som hjelpemiddel. T1 hadde kjennskap til oppmerksomt nærvær og aksept og formidlet at det ville være greit for henne å introdusere for en pasient:

*«T1:(...) Nei jeg tenkte på det at det kan være ok...fordi at jeg kjenner igjen veldig mange av disse tankene og ideene om terapi sånn at det vil ikke på en måte være noe sånn fremmed for meg å introdusere pasienter til dette, men jeg tenker på at når jeg sitter alene med en pasient så tilpasser jeg jo og da kan det hende man enten undervurderer eller overvurderer, mens her er det noe utenfor terapirelasjonen som man får inn og som jeg tenker kan være ok også kan man ta utgangspunkt i det som pasienten blir sittende igjen med da(...)» (Fokusgruppe, 27.02.2012)*



Likevel ga hun uttrykk for at hun ikke var sikkert på at filmen, og de spesifikke teknikkene, ville passe for alle pasienter:

*«T1: (...) Nei det er bare erfaring som har vist at jeg ser jo at det er mange av pasientene våre og det gjelder vel kanskje mange av oss (ler) ...at vi er så vant til å tenke at det vi tenker og føler er feil og at det skal rettes på og gjøres på en annen måte...sånn at jeg har sett hos noen pasienter...det har jo vi erfaring med sammen...at det kan være en vanskelig...ja...noe vanskelig å gripe det der at man bare skal kunne akseptere...at for noen så kan det oppleves litt sånn farlig og truende at...at man bare skal akseptere alt man tenker og føler(...) Følelsesmessig vanskelig også ja sånn at det ofte er en prosess (...) Men som vi ser har en veldig god effekt da(...)» (Fokusgruppe, 27.02.2012)*

*«T1:(...) At det ville kunne treffe veldig fint for noen også...kanskje for de som...for vi får en del pasienter som er borti en del sånn meditasjon og den type ting...fra før og da...tenker jeg at dette ikke vil virke fremmedgjørende da, men for noen så vil det nok helt sikkert kunne gjøre det(...)» (Fokusgruppe, 27.02.2012)*

T2 hadde i utgangspunktet lite erfaring med de presenterte teknikkene og ga uttrykk for at han hadde begrenset tillit til virkningen av filmens innhold:

*«T2:(...) Første tanke er liksom det er....og det sier mye om meg da...at liksom det ser for lett vint ut liksom...men det er liksom det første som kommer til meg da...altså det er så...det er så vanskelig for folk å være til stede...det å kjenne på hva som skjer akkurat her og nå...det er så fryktelig vanskelig for alle folk tenker jeg...og særlig for folk som har et stort alkohol...eller et rusproblem i tillegg...får det jo så lite til sjøl og så liksom komme seilende med denne løsningen som liksom virker så lett(...)» (Fokusgruppe, 27.02.2012)*

*«T2:(...) Ja men liksom en mann som kommer rett fra puben også introduserer jeg at "du nå skal vi...skal vi...gå inn og skille på tanker og følelser her"...så er jeg redd at...han liksom...drar ned alle de rullgardinene og tar opp alle fordommene som han kanskje har gått og tenkt på(...)» (Fokusgruppe, 27.02.2012)*

T3 hadde kjennskap til teknikkene på filmen og ga uttrykk for tillit til at filmen kunne ha positiv virkning:

*«T3:(...) Jeg tenker også det...fordi hun er også sånn glad og veldig stor håp det kan også gi pasienten håp(...)» (Fokusgruppe, 27.02.2012)*

Også T3 formidlet at filmen ikke nødvendigvis ville passe for alle pasienter og knyttet dette til teknikkene filmen presenterer:

*«T3:(...) Så tenkte jeg også på akkurat når jeg hørte på (navnet på annen terapeut) prate at det var det at jeg tenkte på pasienter mens jeg så filmen...hvem kunne jeg spørre eller hvem kunne jeg be eller se filmen sammen med meg...og da kom jeg til å tenke på pasienter som var i mindfulness-gruppe...eller pasienter som hadde kommet litt lengre i terapien. Ikke på noen*

*som har...sitter litt fast med eller var i begynnelsen av terapien...men det er bare mine tanker(...)*» (Fokusgruppe, 27.02.2012)

### *3.1.1.2 Praksis*

To av terapeutenes prosesser med filmen illustrerer på hvilken måte det å etablere en relasjon med filmen kan beskrives som grunnleggende praksisrelatert. T2, som i utgangspunktet hadde følt seg fremmed for og vært skeptisk til filmen, opplevde at han «fikk mer ut av filmen» når han så den igjen sammen med en pasient som var positiv (Telefonsamtale med T2, 11.06.12). Han ga også uttrykk for at filmen kunne ha god innvirkning på behandlingsalliansen fordi det kunne være «fint å dele noe som opplevdes bra for pasienten» (Telefonintervju med T2, 15.03.13). T3, som i utgangspunktet formidlet kjennskap til teknikkene og tillit til presentasjonen, viste den til en pasient som ikke opplevde filmen relevant. I etterkant ga T3 uttrykk for at hun opplevde at filmen «ikke bidro med noe til behandlingen» og at filmen «mangler nærhet til det folk virkelig strever med» (Telefonintervju med T3, 15.03.13).

### **3.1.2 «Fra gjenkjennelse, egenkontroll og tillit til mestringsstøtte eller avvisning»**

Konseptet «Fra gjenkjennelse, egenkontroll og tillit til mestringsstøtte eller avvisning» viser hvordan pasientenes alliansebygging med filmen kan forstås som en prosess med utgangspunkt i gjenkjennelse der de i neste omgang selv kunne bestemme eller kontrollere hva i filmen de eventuelt ville ta i bruk. Slik kunne pasientene enten velge sin egen form for mestringsstøtte i filmen, eller bestemme seg for å avvise den. Konseptet ble utviklet på grunnlag av en sammenfattet forståelse av dybdeintervjuene sett opp mot de respektive pasientenes opplevelser av filmen slik disse senere kommer til uttrykk i sesjonsopptakene.

#### *3.1.2.1 Gjenkjennelse og mestringsstøtte*

To av pasientenes prosesser rundt filmen illustrerer ulike former for gjenkjennelse og mestringsstøtte. P2 ga i dybdeintervjuet inntrykk av å bruke alkohol i situasjoner der han hadde behov for regulering av følelser:

*«P2:(...)Vanligvis så...var det en gjeng fra jobb...et par pils...men det var også...når jeg krangla med kona...det var også når jeg spilte biljard og det var når jeg skulle feire og når jeg skulle sørge.*

*T2:Du sa når du kranglet med kona og når du skulle feire så litt følelsesmessige anledninger på en måte også? Kan det...er det riktig å si?*

*P2: Det er riktig å si(...)» (Dybdeintervju, 07.06.2012)*

Pasienten var opptatt av konkrete og praktiske løsninger på sitt alkoholproblem:

*«P2: (...)Da jeg begynte her...det var kanskje første gangen jeg bare stakk innom og snakket med (navnet på terapeuten) så håpet jeg på å ta permisjon fra jobb kanskje i tre måneder eller noe sånt og bli plassert i en hytte sammen med et par andre som har samme problem...jeg var hundre prosent sikker på at dette her er mest effektive måte å bli kvitt problemet(...)» (Dybdeintervju, 07.06.2012)*

Denne pasienten brukte filmen på konkret måte og valgte ut øvelsen som ble presentert som verktøy i tillegg til informasjon som kunne støtte ham i spesifikke problemsituasjoner som han opplevde i hverdagen, slik som russug og konflikter med sine nærmeste:

*«P2:(...) Også jeg vet ikke hva som skjer men hver fredag kveld så noe inni meg endrer seg så jeg tenker på å gå ut og ta noen øl...så dette her er fin måte å takle akkurat den det...jeg har alltid gjort noe plutselig, men dette ser ut til å være en fin måte å takle det på...jeg kommer i alle fall kommer til å prøve det(...)» (Sesjonsopptak, 11.06.2012)*

*«P2:(...)Jeg kan si litte grann om hvorfor vil jeg at kona skal ta en titt på... Og det er et par ting som det er fint å vite egentlig hvem som helst ikke bare kona mi og det ene er å vite at...jeg vet ikke om det er sant...men i hvertfall å høre at en avhengighet er ting man har blitt født med...er en fin setning å høre uansett hvem du er(...)» (Sesjonsopptak, 11.06.2012)*

P1 ga i dybdeintervjuet inntrykk av å være opptatt av lærings- og utviklingsprosesser. Han ga uttrykk for at både han selv og andre sto i ulike faser av slike prosesser. Videre formidlet han en eksplisitt erkjennelse av at positive og negative følelser og indre opplevelser og modeller var motiverende for ham.

*«P1:(...)Problem er jo at jeg synes det er en del av hele sykdom er egentlig helt at man...man må gå igjennom denne prosessen å kjenne at man har et problem...også erkjenne at ja...man har jo en ansvar for dette, men...ja hvis man har...hvis man har rasjonalisert det så...er denne skamperioden...over(...)» (Dybdeintervju, 03.04.2012)*

*«P1:(...)Ja...også er det må jeg...lærer jeg også at det er veldig morsomt hvis man...ja opplever ting bevisst. Det motiverer meg veldig veldig(...)» (Dybdeintervju, 03.04.2012)*

*«P1(...)Det er ikke så lett at komme seg ut av en...en...vant omgivelse...det krever mye energi...men samtidig er det også...det er en ting jeg virkelig skjønner at man utvider horisont selvfølgelig(...)» (Dybdeintervju, 03.04.2012)*

Pasienten ga uttrykk for å være redd for å ødelegge for sin egen bedring gjennom et tilbakefall:

*«P1:(...)Og jeg gleder meg...jeg har nettopp begynt et ny jobb og da...da har jeg stor glede...faktisk...jeg håper at det blir...sånn og jeg kan bidra da og sånn at det blir sånn som det er.*

*I: Ja. Mmm. Hva tror du kan bidra til det da? Ja at det blir sånn som du ønsker det?*

*P1: Ja selvfølgelig at jeg...at jeg har ingen tilbakefall...så det er...det er ikke bra. Hvis du sier det at da skal jeg ikke være en...skal jeg ikke ha lov til dette. Egentlig må jeg bare være meg så det er helt i orden så jeg...jeg bidrar per i dag så.Men...jeg skal ikke...sånn der alkohol er ikke...er risikabelt(...)» (Dybdeintervju, 03.04.2012)*

Denne pasienten valgte ikke ut elementer av filmen som han ville bruke, men oppfattet et helhetlig budskap i den som en støtte til bedre selvinnsikt og en mer aksepterende holdning til egen behandlings- og endringsprosess. Særlig var det viktig for ham at filmen kunne hjelpe ham i forhold til nederlagsfølelse ved et eventuelt tilbakefall:

*«P1(...)Så jeg...jeg har egentlig lyst til å se den igjen...ikke nå, men ...ja kanskje i en periode hvor jeg har det litt dårlig...da hadde det vært fint...ja bare sånn...husk...dette er en prosess og sånn...det var veldig tydelig(...)» (Sesjonsopptak, 03.04.2012)*

Mestringsstøtten som de to pasientene viser synes å springe ut av en gjenkjennelse av filmens innhold, eller opplevelse av å bli speilet, som P1 uttrykker det:

*«T:(...)Hva...hva...sånn innholdet i filmen...*

*P1: Ja det er nesten triviale, men det...er ikke triviale...det er ikke så. Man trenger en speil...jeg trenger en speil...*

*T: Nemlig. Ja. Hva synes du om det budskapet da i filmen? Eller...det var egentlig ikke spørsmålet, men hva opplever du på en måte er budskapet eller hensikter med filmen?*

*P1: ...Nei det er god spørsmål...det var...jeg synes...hvorfor lager man en sånn film? Ja...så jeg synes det...sikkert...det er metode der styrer...altså det funker jo veldig bra for meg...som en som en speil ja. Men...hva hun sagt det var veldig...veldig bra for meg(...)» (Sesjonsopptak, 03.04.2012)*

Samtidig viser eksemplene at mestringsstøtten også dreier seg om nye, bekreftende perspektiver og strategier:

*«T:(...)Husker du for eksempel hva...hvordan hun snakka om avhengighet som et fenomen? Hva slags vinkling hun hadde på det?*

*P2: Ja. Den var faktisk veldig interessant. Det...*

*T: Ja. Hva var det hun sa?*

*P2: Altså at folk er født med avhengighet er ikke noe jeg har tenkt på før i dag...Og det ser ut til å stemme...Altså det er veldig lett...alle har en eller annen type for avhengighet...Bare at det ikke blir problem(...)» (Sesjonsopptak, 11.06.2012)*

De to pasientene ga ikke uttrykk for deres gjenkjennelse i materialet var knyttet til identifikasjon med pasienten på filmen:

*«P:(...)kanskje til å...litt triks at de har brukt en pasient som...gjør da noen dumme kommentarer (ler). Så da...nei. Men hva hun sagt det var veldig...veldig bra for meg(...)» (Sesjonsopptak, 03.04.2012)*

*«T2:(...)Hvis det er slik at filmen får deg til å tenke på opplevelser i ditt eget liv kan du si noe om hva du tenker på? Hvis det er slik? At filmen får deg til å tenke på opplevelser i ditt eget liv.*

*P2: ...Jeg har ikke hatt...altså hvis vi tenker på den...episoden som mannen hadde med hun dama bak disken...så har jeg ikke hatt noe liknende, men...*

*T2: Nei...bak disken...hva er det du mener...den is...han mista den isen var det der?*

*P2: Nei...Det var da hun smilte.*

*T2: Ja. Å ja. Mmm*

*P2: Jeg har ikke...hatt noe slik opplevelse(...)» (Sesjonsopptak, 11.06.2012)*

### *3.1.2.2 Egenkontroll, tillit og avvísning*

Eksempelene over viser at det ikke bare er gjenkjennelse og mestringsstøtte som ligger bak pasientenes alliansebygging med filmen, men også opplevelsen av egen kontroll over utvelgelse og anvendelse av enkeltelementer i den. Utvelgelsen kunne skje ut fra pasientens egne tanker om hvilke situasjoner og sammenhenger de mente var problematiske. Videre var filmens tilbud om nye og lett tilgjengelige løsninger på kjente problemer et mestringsstøttende element:

*«P2:(...)Det var en fin øvelse...*

*T2: Så den øvelsen som kom helt til slutt hvor hun lukker øynene...*

*P2: Mmm. Ja*

*T2: ...og puster...kjenner et pusteanker som hun sa...*

*P2: Ja. Mmm*

*T2: Det synes du var en god øvelse.*

*P2: Ja.*

*T2: Hvorfor dynes du den var bra?*

*P2: Vel den er...den er...enkelt og genialt.*

*T2: Enkelt og genialt ja.*

*P2: Du kan gjøre det hvor som helst når som helst og trenger ingenting...ingen verktøy ingen...altså du kan gjøre det når du er alene du kan gjøre det når du er sammen med folk du kan gjøre det...det er ikke mye som gjør...som kommer til å begrense akkurat på når og hvor du kan gjøre den øvelsen...*

*T2: Nei.*

*P2: Og det gjør det at det er tilgjengelig alltid(...)» (Sesjonsopptak, 11.06.2012)*

At pasientene opplevde at de selv hadde kontroll over materialet, ble også tydelig hos P3 som ikke fikk tillit til å anvende filmen, men avviste den med bakgrunn i personlige preferanser knyttet til presentasjonen:

*«P3:(...)Nei det første jeg tenker på er jo som sagt at...jeg samtidig som jeg synes at det nok sikkert kan være et bra budskap i den og at det med sånne pusteøvelser og sånn sikkert er en veldig effektiv teknikk som jeg etter hvert bruker en del. Jeg har jo gått en del på litt sånn pilates og sånn hvor man bruker veldig mye tid på å puste og sånn så jeg vet at det roer meg ned...Hele de greiene der med vær tilstede i det du gjør og...si...avlede tankene når du...på en måte første reaksjonen er at du vil gå å ta deg noe å drikke ...sikkert som sagt helt bra budskap....Riktig og nyttig og alt ting. Men som jeg sa det er litt vanskelig for meg å ikke sitte og se på selve formen på det fordi det...det er sånt jeg jobber med så det blir fort til at jeg henger meg opp i produksjonstekniske detaljer når det gjelder fortellermessige ting (...)» (Sesjonsopptak, 28.11.2012)*

*«P3:(...)Som jeg sa i stad så er det bare sånn at det formatet fungerer ikke fordi jeg henger meg opp i hvordan filmen er laget og hva slags stoler det er og...jeg vet for mye om hvordan man lager ting...eller liksom hvordan man tenker...formidling av budskap i en form at det er vanskelig for meg å forholde meg til budskap uten å forholde meg til formen...Så for min del er det lettere å lese en bok(...)» (Sesjonsopptak, 28.11.2012)*

Når de gjaldt de to pasientene som utviklet tillit til filmen, med dens form og budskap, var det flere enn de tidligere nevnte elementene som var virksomme. For P2 var opplevelsen av at terapeuten på filmen hadde reell kompetanse i det hun snakket om, avgjørende betydning:

*«P2(...)Hadde vært litt lengre enn det den var.... Så ville jeg begynt å...mistenke hun dama om hun har peiling på det hun sier eller er det bare hun leser uti fra noen notater...det var akkurat nok til å ikke mistenke at det hun sier er noe hun har pugget eller...eller hun ikke har peiling på...*

*T2: Så du har tillit til at hun hadde peiling på det?*

*P2: Ja. Ja(...)» (Sesjonsopptak, 11.06.2012)*

P1 fikk tillit til filmen fordi han mente den sprang ut av faktisk kunnskap på feltet og fordi den formidlet et budskap som var enkelt, men samtidig ikke undervurderte ham som pasient:

*«P1:(...)veldig...enkelt film, men kjente meg igjen i mange situasjoner... Så høres alt veldig lett og forståelig ut...egentlig helt klart...Men noen ting er virkelig...ja...da er jeg litt...det gjør...meg bevisst hvor problemet ligger... veldig klart.*

*T1: Så bra.*

*P1: Så det...(ler)...også fordi i første omgang trodde jeg så "Åhh nei det er sånn barne-tv form" (ler)...*

*T1: (Ler)*

*P1: Nivå...(ler)*

*T1: (Ler) Ja*

*P1: Det var...det var veldig bra(...)» (Sesjonsopptak, 03.04.2012)*

## **3.2 EN ALLIANSEPROSESSMODELL**

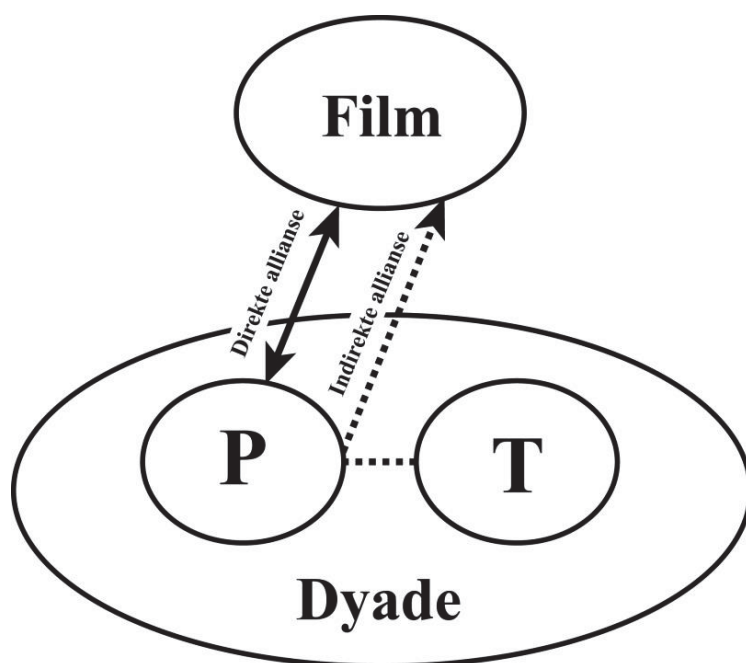
### ***3.2.1 Direkte og indirekte allianse gjennom gjenkjennelse og mestringsstøtte***

*«(...)Men jeg tenker på at når jeg sitter alene med en pasient så tilpasser jeg jo og da kan det hende man enten undervurderer eller overvurderer, mens her er det noe utenfor terapirelasjonen som man får inn og som jeg tenker kan være ok også kan man ta utgangspunkt i det som pasienten blir sittende igjen med da(...)» (T1 i fokusgruppe, 27.02.2012)*

Med bakgrunn i det utviklede kjernekonseptet «Allianse som erfaringsprosess» og de to konseptuelle underprosessene utviklet forskeren en oppsummerende allianseprosessmodell. Den fremkom gjennom en tankeprosess der forskeren gradvis lette seg frem til et ytterligere abstraksjonsnivå i forståelsen av materialet. Modellen skulle romme all empirien og gi en



enhetlig forståelse av hvordan filmen ble opplevd og anvendt som et psykoedukativt verktøy i terapeut – pasient-relasjoner. Tanken bak en slik modell er ikke bare den endelige oppsummeringen av resultatet, men også at den i neste omgang kan være anvendelig som en hypotese som kan testes ut i nye forskningsprosjekter, da av mer deduktiv karakter. Denne aktuelle modellen foreslår at allianse oppstår direkte i relasjonen mellom pasient og film og indirekte i relasjonen mellom terapeut og film. Med dette menes at pasientens tilgang på, opplevelse og anvendelse av filmen ikke er påvirket eller formidlet av terapeutens forståelse av filmen og dens intervensjoner, men av pasientens egen prosess med materialet. Terapeutens tillit til eller allianse med filmen er på sin side knyttet til pasientens opplevelse av relevans og nytte i en faktisk terapeutisk dyade, ikke til faglig kjennskap eller preferanser for teknikkene som presenteres.



**Figur 2. Filmens funksjon i en terapeutisk dyade: Direkte og indirekte allianse. P, pasient; T, terapeut.**

### *3.2.1.1 Beskrivelse av modellen*

Alliansen mellom pasient og film er direkte, og opplevelse og anvendelse av filmen som bestemt ut fra pasientens egen prosess. Dette er knyttet til at filmintervensjonen hadde form



av en ferdig størrelse som ble opplevd som et eksternt element i forhold til den terapeutiske relasjonen den ble lansert inn i. Selve denne formen for intervensjon så ut til å fremme fri utvelgelse, egne strategier for anvendelse og samtidig muliggjøre avvisning. Med dette menes at pasienter fremstår som frie i å velge ut og anvende det av innholdet som de gjenkjenner seg selv i og som oppleves meningsfylt for dem, men også avvise relevansen av filmen helt eller delvis. Umiddelbar eller potensiell opplevelse av større mestring eller styrket selvfølelse er en mulig utvelgelsesmekanisme. Pasienter velger blant «tilbudene» i filmen etter hva som føles godt for dem her-og-nå, eller med utgangspunkt i hva de tror ville føles godt for dem i en fremtidig vanskelig situasjon.

Innholdet i filmen kan oppleves støttende på minst to måter. Det ene kan kalles konkret lærings- og informasjonsstøtte og det andre abstrakt mentaliseringsstøtte. Med dette menes at man på den ene siden kan oppleve at filmen gjennom sin visuelle fremstilling tilbyr konkrete verktøy som man kan øve på og anvende på konkrete problemsituasjoner. Samtidig formidler filmen metaforiske eller abstrakte modeller for endring som understøtter mentalisering og selvinnsikt omkring egen problematikk og behandlingsprosess. Disse to ulike opplevde støttefunksjonene korresponderer med ulike personlige strategier og indre modeller for endring. Det er også mulig dette dreier seg om ulike nivåer av støtte for pasienter i ulike faser av en endrings- og behandlingsprosess.

Pasientene ga ikke uttrykk for at identifikasjon med pasienten i filmen, som en mulig rollemodell, var det som ga gjenkjennelse i, og anerkjennelse av, filmens innhold. Pasientenes allianse med filmen må derfor antas å være direkte, besørget gjennom opplevd støtte til mestring og styrket selvfølelse. Avvisning av filmen ser ikke ut til å ha sammenheng med at innholdet ikke er relevant, eller krenkende, men snarere at elementer ved utforming av filmen, eller presentasjonen i den, ikke formidler eller appellerer. Dette ser ut til å ha opphav i pasientens personlige preferanser og erfaringer og er dermed også en del av et direkte samspill mellom pasienten og filmen. Dette kan imidlertid tyde på at en profesjonell formidling kan være en faktor for hvorvidt filmen makter å bygge en tillitsrelasjon.

Terapeutenes prosess med filmen var preget av indirekte alliansebygging. De tre terapeutene hadde ulike utgangspunkt for introduksjon av en film basert på oppmerksomt nærvær og

aksept i form av ulik grad av faglig kjennskap og personlige preferanser for denne typen teknikker, og forskjellige inntrykk av den spesifikke filmen. Terapeutenes tillit til filmen og budskapet og teknikkene i den etter å ha brukt filmen som et psykoedukativt verktøy i en behandlingstime, så først og fremst ut til å være knyttet til pasientens respons. Terapeutenes tillit til filmen var avhengig av deres erfaringer med faktisk bruk av den; hvorvidt deres pasient fikk hjelp av den, opplevde gjenkjennelse i den og støtte til mestring.

I denne studien ser opplevelsen og anvendelsen av filmen, for pasienter, terapeuter hver for seg og sammen, ut til å dreie seg om å «ta utgangspunkt i det pasientene sitter igjen med». Pasientene relaterer seg til og benytter seg av filmen direkte, det vil si uavhengig av terapeuten. På denne måten blir filmens funksjon et rent selvhjelpsverktøy som gir pasienten direkte tilgang til sine indre ressurser, uten at dette kanaliseres gjennom terapeuten eller den terapeutiske alliansen. Slik blir også filmen et utenforstående element som kan avvises uten å skade den terapeutiske relasjonen.

## 4 Resultatdiskusjon

De presenterte resultatene, kjernekonseptet «Allianse som erfaringsprosess» og allianseprosessmodellen, kan sies å informere om bruk av film om oppmerksomt nærvær og aksept innenfor tidlig rusbehandling på tre ulike nivåer. Disse tre nivåene er alle sammen viktige med tanke utvikling av kunnskap om hvordan denne typen film kan bli gode kliniske verktøy. Helt sentralt er selve beskrivelsen av at det først og fremst er den relasjonelle kvaliteten, alliansen, som etableres mellom film og bruker, som muliggjør virksom opplevelse og anvendelse. Det andre informative nivået er knyttet til enkeltindividers og de enkelte terapeutiske pars opplevelser av filmen, og det tredje til hvordan filmen fungerer i et terapeutisk samarbeid. I den kommende diskusjonen ser vi innledningsvis nærmere på bruken av begrepet allianse i kjernekonseptet og modellen og beskriver hvordan denne forståelsen kan karakteriseres som sentral. Videre trekkes linjene fra brukernes beretninger om opplevelse av filmen, til aktuell teori og forskning og til refleksjoner rundt hvordan film kan bli gode kliniske verktøy. I tråd med det metodiske utgangspunktet for studien er dette et forsøk på å anskueliggjøre og anvende enkeltbrukernes perspektiver direkte i kunnskapsutvikling. Både positive og mindre positive opplevelser med filmen er viktige i så måte. Videre diskuteres mer spesifikt hvordan filmen fungerer inn i en terapeutisk dyade. Tanker om hvordan funnene i undersøkelsen kan brukes i videre utvikling på feltet, fremkommer underveis og blir oppsummert avslutningsvis. Når vi i det kommende diskuterer filmens potensielle virksomhet som klinisk verktøy, vil vi se både på den mestringsstøtten som ligger i innholdet i filmen, nemlig oppmerksomt nærvær- og akseptbaserte teknikker, vi vil se på hvordan filmen presenterer dette, altså måten den er laget på, og vi vil diskutere selve det å bruke denne filmen/slik film som egen fremgangsmåte.

### **4.1 ALLIANSEBEGREPET I KJERNEKONSEPTET OG MODELLEN**

De samlede resultatene, kjernekonseptet og modellen, bruker begrepet allianse i for å beskrive hvordan filmen ble opplevd og anvendt av pasienter og terapeuter. Begrepet kan virke fremmed i en slik sammenheng, men blir som vi skal se, brukt for å antyde at et liknende tillitsforhold som det mellom pasient og terapeut, er nødvendig om filmen skal få virkning. Denne beskrivelsen er forskerens egen fortolkning, og samtidig det primære

fortolkningsbidraget, eller «hovedfunnet», i denne studien. Relasjonen mellom terapeut og pasient forstått som allianse eller arbeidsallianse er en viktig faktor i effektiv psykoterapi (Cook og Doyle, 2002; Horvath og Symonds, 1991). En god terapeutisk allianse er et anerkjennende tillitsforhold mellom en pasient og terapeut som muliggjør endring og læring (Horvath og Luborsky, 1993; Rogers, 1957). Det har vært uenighet i fagmiljøer om hvorvidt gode arbeidsallianser kan etableres mellom pasienter og intervensjoner i form av bøker, filmer, interaktive pc-programmer etc., og hvorvidt dette, i alle fall i tradisjonell forstand, er nødvendig for at slik behandling skal ha effekt (Cook og Doyle, 2002). Forskning viser at sterke, varige og effektive terapeutiske bånd kan skapes til slike verktøy (Cook og Doyle, 2002, s.96). Med en meget kortvarig filmintervensjon som utgangspunkt for den aktuelle konseptutviklingen, kan man stille seg spørsmålet om det i det hele tatt er meningsfylt å bruke begrepet allianse. Denne undersøkelsen foreslår likevel at allianse, hvorvidt det ble etablert en tillitsrelasjon til den aktuelle filmen, er avgjørende for begge brukergruppene. Beskrivelsen av dette som en allianseprosess antyder altså at også slike små tiltak, liksom som mer tradisjonelle behandlingsintervensjoner, først og fremst er avhengige av å kunne skape en god relasjon med ulike pasienter. Slik skaffer de seg en posisjon til å formidle sitt innhold, for så å kunne få virkning. Modellen foreslår at både terapeutens og pasientens allianse bygges, eller ikke bygges, ut fra pasientens respons på filmen. Pasienten opplever filmen direkte, mens terapeuten avventer pasientens reaksjoner. Får pasienten tillit til filmen og dens budskap, får også terapeuten tillit til den – til at den er et positivt bidrag til behandlingen. Dette betyr i neste omgang at så godt som alle de virksomme mekanismene ved bruk av slik film, har med pasientens umiddelbare opplevelse av den å gjøre. Som vi har sett knytter de aktuelle resultatene dette til tre potensielt virksomme mekanismer; opplevelse av henholdsvis personlig gjenkjennelse og mestringsstøtte i filmens innhold, og tillit knyttet til presentasjonen. Disse mekanismene vil bli diskutert i det følgende, på bakgrunn av informantenes beretninger.

## **4.2 BERETNINGER OM GJENKJENNELSE, MESTRINGSSTØTTE OG TILLIT**

### ***4.2.1 Oppmerksomt nærvær og aksept: gjenkjennelse og mestringsstøtte***

Resultatene viser hvordan to av pasientene velger ut helt ulike for dem mestringsstøttende aspekter ved filmen. Modellen knytter denne utvelgelsen til ulike personlige strategier og forestillinger om egen problematikk og behandlingsprosess. I modellen kalles aspektene henholdsvis konkret lærings- og informasjonsstøtte og abstrakt mentaliseringsstøtte. Konkret lærings- og informasjonsstøtte handlet om å tilegne seg verktøy og informasjon for mestring av konkret rusproblematikk. Abstrakt mentaliseringsstøtte handlet om økt selvinnsett og mestring av negative følelser om en selv. Undersøkelser av hvorfor oppmerksomt nærvær og aksept er virksomme teknikker i behandling av rus og avhengighet, viser at øvelsene kan ha direkte emosjonsregulerende kvaliteter som gir økt mestring av konkrete problemer som impulsivitet og russug. Øvelsenes fokus på ikke-dømmende bevissthet og trening på å skille mellom tanker, følelser og atferd, kan også gi bedre egenomsorg og evne til mentalisering (Dundas et al., 2013). Vi ser at de to typene mestringsstøtte filmen gir de to pasientene kan være direkte resultater av de oppmerksomt nærvær- og akseptbaserte teknikkene som filmen presenterer. Samtidig ser vi hvordan helt ulike ruspasienter bruker teknikkene basert på sin helt individuelle problemopplevelse og gjenkjennelse i materialet.

Eksemplene her er hentet fra to menn som har vært omtrent like lenge i behandling. Slik forskeren forstår det, kunne dette også vært to pasienter i ulike faser i et behandlingsforløp fordi den ene kan sies å ha et mer bearbeidet og internalisert forhold til sin egen problematikk og til følelser og tanker knyttet til endring, enn den andre. Budskap i media får best effekt på ulike enkeltpersoners atferd om det finnes flere mulige fortolkninger av innholdet, viser forskning (Rucker, Petty og Briñol, 2008). Altså: Ønsker man å bidra til effektive beslutnings- og endringsprosesser hos flere ulike mennesker i ett og samme budskap, bør man presentere det på en måte som inneholder ulike aspekter og ulike fortolkningsmuligheter. Når det gjelder behandlingsmotiverende bruk av korte filmer, kan dette bety at den tilgjengelige mestringsstøtten i et slikt instrument må kunne gi ulike pasienter det modellen kaller gjenkjennelse, for å kunne påvirke atferd og endring. Det at slik film kan oppleves på flere nivåer og gi mulighet for selvomsorg ved at pasienten kan velge ut ulike umiddelbart

støttende elementer, kan være en forutsetning for at slik film skal kunne ha effekt for ulike ruspasienter, også for pasienter som er på ulike steder i et behandlings- og endringsforløp. Dermed kan oppmerksomt nærvær og aksept, som er teknikker som kan virke på flere plan og på flere måter, være et godt utgangspunkt, som eksemplene fra denne studien illustrerer. Oppmerksomt nærvær- og akseptbaserte intervensjoner rommer på den ene siden et lett tilgjengelig og konkret nivå som er det erfarings- og øvelsesbaserte. Samtidig kan teknikkene formidle et budskap på et mer overordnet og kanskje mindre tilgjengelig nivå, et nivå som ligger nærmere det teoretiske fundamentet for og hensikten med teknikkene. Den er å få pasienten til å øve seg på en oppmerksom eller mentaliserende holdning sitt eget indre og på en aksepterende og pragmatisk forståelse av tanker og følelser.

Vi har sett at de to pasientene som reagerte positivt på filmen, plukket ut ulike elementer av den som de mente kunne støtte dem. Det er verdt å nevne at den av de to som kjente til liknende typer teknikker, var den som fikk tak i det abstrakte budskapet i filmen, mens pasienten som møtte teknikkene for første gang, valgte seg de konkrete øvelsene. Dette peker på at det ikke er nødvendig å kjenne til denne typen teknikker fra før for å kunne nyttiggjøre seg filmen og at dette kan henge sammen med at det erfaringsbaserte er lett tilgjengelig.

#### *4.2.1.1 Metaperspektiver og mentalisering som motivasjon og psykoterapiforberedelse*

Resultatene beskriver to ulike former for mestringsstøtte som følge av de oppmerksomt nærvær- og akseptbaserte teknikkene på filmen. Selv om støtte til mentalisering og til å ta metaperspektiver på egen prosess, treffer disse to pasientene i ulik grad, i alle fall uttalt, formidler de begge at filmen bidrar med et utenfra-perspektiv på noe de selv kan kjenne seg igjen i, både «speiler» og er nytt, og at dette er gode og mestringsstøttende opplevelser.

En grunntanke ved å bruke trening i oppmerksomt nærvær og aksept som behandlingsmotivasjon og behandlingsforberedelse er nettopp at det kan styrke pasienters ferdigheter i å anlegge metaperspektiver på sine egne følelser og egen atferd. Dette kan føre til mindre unngåelse, gjennom større innsikt i og aksept for eget indre. Atferdsmessig og emosjonell unnvikelse, altså at man bevisst eller ubevisst forsøker å unngå enkelte typer stimuli fra ytre omgivelser eller fra eget indre, regnes som en viktig opprettholdende mekanisme ved mange psykiske lidelser, også ved rus- og avhengighetsproblematikk (Dundas

et al., 2013; Mitmansgruber, Beck, Höfler og Schüßler, 2009). Mentalisering har blitt definert som evnen til å se seg selv utenfra og andre innenfra, og regnes som en kjerneferdighet i relasjonelt samspill (Allen et al, 2008) Vi ser at i en god del av teknikkene i oppmerksomt nærvær faktisk tar direkte sikte på å utvikle økt mentalisering, gjennom å øve mental distanse til følelser og tanker, uten at dette begrepet nødvendigvis blir brukt. Et slik «utenfraperspektiv» på seg selv, kan hjelpe mot psykisk smerte, men også styrke kommunikative og relasjonelle ferdigheter, noe som er viktige mål i psykoterapi og i psykoterapiforberedelse.

Oppmerksomt nærvær og aksept er i seg selv psykoedukativt og kan være behandlingsmotiverende både fordi teknikkene innebærer konkrete øvelser som kan styrke relasjonell kompetanse gjennom egenkompetanse, men også fordi det å få et helt nytt perspektiv, kan medføre både håp og inspirasjon og bidra til motivasjon for endring og behandling. Det å gjenkjenne sitt eget og samtidig bli tilbudt andre perspektiver og fremgangsmåter, slik de to pasientenes ga uttrykk for etter å ha sett filmen, er potensielt virksomt både fordi det kan være en forberedelse og trening til en behandlingssituasjon og fordi det kan øke forhåpningen til og motivasjonen for videre behandling. Det at filmen byr på et nytt mestringsstøttende perspektiv der pasienten er i sin prosess, tilbyr noe som er både gjenkjennbart og opplysende eller utviklende, kan bidra til positiv og virksom opplevelse av den.

#### *4.2.1.2 Gjenkjennelse og anerkjennelse*

De aktuelle resultatene viser, som vi har sett, at både pasienters og terapeuters allianse med filmen er knyttet til pasientenes opplevelse av å kunne kjenne seg igjen i materialet. Pasientenes opplevelse av at deres problematikk og situasjon blir anerkjent i filmen, kan være en viktig del av dette. Terapeuters anerkjennelse av eller empati med pasienten anses som et viktig element i en arbeidsallianse og et godt utgangspunkt for at pasienter skal kunne nyttiggjøre seg terapeutiske intervensjoner og foreta endringer (Horvath og Luborsky, 1993; Rogers, 1957). Spesielt innenfor rusbehandling er kvaliteter ved terapeuten viktige for å etablere velfungerende arbeidsallianser. Forskning viser terapeuters mellommenneskelige ferdigheter, at de viser varme, vennlighet, anerkjennelse og forståelse i behandlingstimene, er de terapeutvariablene som klarest påvirker utfallet av rusbehandling. Dette kan ha å gjøre med hvor sårbare rusavhengige er, hvor lett krenkbare de er og hvor utsatte for stigma. De mest

belastede gruppene har i tillegg ofte relasjonsvansker som følge av rus- og livsstil. Dette krever at terapeuter er særlig sensitive og relasjonelt kompetente for at vellykkede allianser med rusavhengige skal kunne etableres (Najavits og Rogers, 1994).

De tre terapeutene som var med i studien hadde noen innvendinger mot bruk av filmen, noen på generelt, andre på mer spesielt grunnlag. Innvendingene vedvarte også etter at filmen var prøvd ut i praksis, og i særlig grad hos den terapeuten som hadde hatt en lite positiv erfaring med å se filmen sammen med sin pasient. Generelt var det noen motforestillinger mot å introdusere filmen tidlig i et behandlingsforløp, før en skikkelig arbeidsallianse var etablert. En annen innvending var at oppmerksomt nærvær og aksept ikke nødvendigvis ville passe for alle pasienter. For forskeren fremsto dette som bekymring for pasienter med et høyt lidelsestrykk, med lav fungering, tidlig i en sårbar behandlings- og endringsprosess. Dette kan ha vært uttrykk for en klinisk erfaring, at mange pasienter som er nye i en behandlingssituasjon, har stor psykisk smerte og kan oppleve det truende å vende oppmerksomheten innover eller arbeide med å akseptere tanker og følelser, selv om dette er teknikker som kan ha effekt over tid.

En av terapeutene innvendte at filmen mangler nærhet til det folk virkelig sliter med. Dette kan tolkes som at filmen mangler kvaliteter slik som anerkjennelse og empati overfor smertefulle opplevelser. Resultatene viser imidlertid at to av pasientene opplevde seg støttet av filmen og knytter dette til opplevelse gjenkjennelse av filmens innhold. Dette kan imidlertid ha vært en virkning av et høyfungerende pasientutvalg. Pasienter med lavere fungeringsnivå, mer omfattende livsproblematikk og høyere lidelsestrykk, vil ikke nødvendigvis kunne etablere et tillitsforhold til filmen. Hvis filmen ikke gir tydelig anerkjennelse av smertefulle følelser, kan den mangle noe av grunnlaget for slike pasienters gjenkjennelse i materialet. Uten et tillitsforhold tyder den foreliggende modellen på at de heller ikke kunne nyttiggjøre seg støttende informasjon, teknikker og metaforer som filmen tilbyr. Høyt lidelsestrykk hos pasienten, primært i form av depressive symptomer, skam- og skyldfølelse, var også mest fremtredende hos pasienten i det terapeut – pasient-paret som i størst grad avviste filmen. Selv om den aktuelle pasienten ikke ga uttrykk for at hun opplevde seg krenket av filmen og at det ikke var derfor hun avviste dens betydning for henne, kan man spekulere på hvordan andre pasienter, med andre erfaringer, ville kunne ha reagert. Dersom kortintervensjonsfilmer skal kunne etablere en tillitsrelasjon med mange ulike ruspasienter, slik hensikten er, kan anerkjennelse av vanskelige livssituasjoner og psykisk smerte være et element som bør være tydelig tilstede.



Terapeutenes mer generelle reservasjoner omkring bruk av film om oppmerksomt nærvær og aksept i tidlig rusbehandling, kunne også knyttes til hvorvidt bruk av oppmerksomt nærvær og aksept kunne få virkning i behandlingsmotiverende kortintervensjoner versus i lengre terapeutiske forløp. Positive følelser er en del av effekten ved førstnevnte, mens negative følelser, eller snarere aksept for slike, bare virker positivt inn i et rusbehandlingsforløp over tid (Johansen et al., 2011, Louma et al., 2012). Det understreker hvor viktig det er, når man skal bruke oppmerksomt nærvær som kortintervensjon og behandlingsmotivasjon, at man er forsiktige med å bruke det i en form som kan virke mot sin hensikt, og truende for en sårbar pasientgruppe. Dette kan få betydning både for pasienters og terapeuters tillit til og arbeidsallianse med det aktuelle verktøyet.

#### ***4.2.2 Presentasjonen som formidler: Læring og tillit***

To av pasientene som deltok i denne studien ønsket å se eller bruke filmen igjen etter å ha sett den en gang sammen med sine terapeuter. For en av dem var dette knyttet til et ønske om å lære seg øvelsen som presenteres. En av terapeutene fortalte også at han fikk mer ut av filmen andre gang han så den (Telefonsamtale med T2, 11.06.2012). Dette indikerer at mulighet for observasjonslæring knyttet til den visuelle presentasjonen av innholdet kan være en viktig styrke i denne filmens evne til å formidle, og en del av den mestringsstøtten som tilbys. Forskning viser også at mye av behandlingseffekten av ulike psyoterapeutiske intervensjoner av typen film og interaktive elektroniske programmer kan knyttes direkte til pasienters læring (Miclea, Miclea og Ciucă, 2008). Dette ser ut til å kunne gjelde film spesielt, og kan være knyttet til at filmmediet har muligheten til å fremstille teknikker og metaforer visuelt og verbalt samtidig noe som er en særlig styrke med tanke på læring (Krouse, 2001; Miclea, Miclea og Ciucă, 2008).

Så vel forskning på bruk av fiksjonsfilm, som på bruk av film som terapiforberedende trening, viser at effekt kan ha å gjøre med identifikasjon med eller modell-læring knyttet til presenterte rollefigurer (Schulenberg, 2003, Walitzer et al., 1999). Rolleinduksjon; observasjon av, informasjon om og trening på behandlingsfremmende pasientatferd, er en viktig komponent i dette som også kan formidles godt på film (Walitzer et al., 1999). For pasienter som er vanskelig emosjonelt tilgjengelige, kan filmer som tilbyr rollefigurer som slike pasienter kan identifisere seg med, være virksomme psykoterapeutiske grep (Schulenberg, 2003). I dette

materialet synes, noe overraskende, ikke identifikasjon med pasientfiguren å være en en komponent i den gjenkjennelsen og mestringsstøtten som to av pasientene beskrev. Dette kan ha vært en ren tilfeldighet, knyttet til kvaliteter ved selve filmen, fremstillingen av pasienten på filmen eller til trekk ved pasientene selv. Dersom det er knyttet til pasientene selv, kan dette igjen ha sammenheng med høyt fungeringsnivå hos utvalget og at god kognitiv og emosjonell tilgjengelighet kan ha ført til en mer direkte relasjon med innholdet. Det kan også være at slike pasienter stiller særlig høye krav til filmkarakterer de kunne ha identifisert seg med. Som en ren spekulasjon kunne man derfor tenke seg at å tilby muligheter for identifikasjon med flere forskjellige typer rollefigurer kunne ha økt formidlingskraften og effektiviteten i budskapet og gjort materialet mer tilgjengelig for ulike ruspasienter.

Resultatene viser hvordan pasientene trekker forbindelsene mellom sine egne problemscenarier og filmens innhold på en tilsynelatende mer direkte måte enn gjennom identifikasjon. Manglende tilknytning til pasienten på filmen trenger ikke være annet enn at der det oppsto en tilknytning, var den koblet direkte til innholdet, eller til terapeuten, ikke pasienten, i filmen. To av pasientene ga da også uttrykk for at tilliten til innholdet i filmen var knyttet til presentasjonen av budskapet, gjennom henholdsvis terapeutiskikkelsen, og gjennom selve utformingen av manus. Den siste pasienten ga uttrykk for at hun verken fikk tillit til filmen eller opplevde den som tilgjengelig for henne på grunn av måten filmen var laget på og måten den presenterte stoffet på. Dette var på tross av at hun hadde kjennskap til liknende teknikker som det filmen presenterer gjennom yoga og såkalt pilatestrening, og opplevde slike som virksomt for henne. Slik forskeren forstår dette, opplevde hun at filmen ikke hadde god nok formidlingsevne. Dette kan knyttes til den aktuelle pasientens personlige erfaringshistorie, til hennes smak og utdanning osv., men antyder samtidig at all formidling, enten den er visuell, skriftlig eller digital, er mest virksom når den har personlig og emosjonell appell. Dette er også i samsvar med forskning på bruk av fiksjonsfilm i psykoterapi (Schulenberg, 2003).

Som vi har sett viser resultatene at den terapeutiske virkningen av bruk av kort informasjonsfilm er avhengig av pasientens umiddelbare inntrykk, hvorvidt de opplever gjenkjennelse og mestringsstøtte. Samlet kan dette være en indikasjon på at selve måten formidlingen skjer på, kan utgjøre både en styrke og en svakhet, og at ulike strategier for å øke tilgjengeligheten av materialet, gjennom selve utformingen av presentasjonen, kan være avgjørende for at pasienter skal kunne få tillit til filminstrumentet og dermed tilgang på innholdet. Ettersom effektive kortintervensjonsformer krever både umiddelbar læringseffekt

og umiddelbar appell, blir presentasjonen, måten filmen er laget på, spesielt viktig i utviklingen av slike verktøy.

### **4.3 DIREKTE OG INDIREKTE ALLIANSE: FILMENS FUNKSJON I TERAPEUTISKE DYADER**

Modellen viser hvordan pasienter og terapeuter relaterer seg til filmen på en henholdsvis direkte og indirekte måte. Modellens beskrivelse av hvordan filmen fungerer når den lanseres inn i et terapeutisk samspill, kan bidra med kunnskap om hvordan og hvorfor både denne bestemte filmen, og liknende filmer, potensielt kan bli virksomme endrings- og behandlingsmotiverende verktøy.

#### ***4.3.1 Direkte allianse, mestringsstøtte og egenkontroll som virksomme motivasjonsfaktorer***

Alle pasientene opplevde seg, som vi har sett, frie til å velge ut mestringsstøttende deler av filmen, eller avvise den etter eget forgodtbefinnende. Dette kan være et uttrykk for opplevd egenkontroll både i forholdt til filmens innhold, men faktisk også til filmen som «fysisk størrelse». Det siste bekreftes av at begge pasientene som opplevde mestringsstøtte, ønsket å ta med seg filmen og benytte igjen, utenfor den terapeutiske relasjonen. En av disse uttrykte eksplisitt at den økte følelsen av egenkontroll som han fikk gjennom øvelsene i filmen, ble forsterket ved utsikten til å kunne ta med filmen hjem for å trene videre på disse. Modellen som helhet antyder derfor at direkte relasjon til filmen henger sammen med at filmen både er en ekstern størrelse til den terapeutiske relasjonen som den ble introdusert inn i, men også er noe man fysisk kan ta med seg og anvende helt fritt. Det at filmen ble opplevd som en ekstern og fri størrelse kan dermed ha hatt særlig betydning for pasientenes direkte tilgang på og personlige forståelse av innholdet.

At filmen fungerer som et frittstående tilbud om mestringsstøtte, et selvhjelpsverktøy som kan anvendes eller forkastes, kan ha betydning for forståelsen av hvordan og hvorfor denne spesifikke filmen, og andre slike filmer, kan være effektive som endrings- og

behandlingsmotiverende verktøy. To teoretiske perspektiver kan potensielt kaste lys over dette. Disse er Alfred Banduras sosial-kognitive teori og *self-efficacy* begrepet, samt såkalt *Self-Determination Theory*. Dette er teoretiske innfallsvinkler som har vært brukt til å forklare endrings- og motivasjonsprosesser innen helseatferdsforskning generelt og rusbehandling spesielt (Brumoen, 2010; Markland, Ryan, Tobin og Rollnick, 2005). Innenfor Banduras sosial-kognitive teori står begrepet *self-efficacy*, tillit til egen evne til å mestre utfordringer, svært sentralt. I følge Bandura (1977) er all virksom behandling den som kan styrke slik mestringstillit hos den enkelte. Innenfor dette rammeverket er altså motivasjon for endring dynamiske indre tilstander som henger sammen med varierende mestringstillit. En behandlingssituasjon eller -relasjon, påvirker motivasjon og endring indirekte gjennom mestringstillit (Brumoen, 2010). Også såkalt Self-Determination Theory hevder at motivasjon er indre dynamiske eller bevegende tilstander (Ryan og Deci, 2000). Self-Determination Theory har blitt foreslått som et teoretisk rammeverk for forståelse av effekten av såkalt motiverende intervju-teknikker (MI) i rusbehandlingssammenheng (Markland et al., 2005). MI er klient-sentrerte kliniske intervju-teknikker som har som formål, ikke å tvinge frem endring hos pasienten, men å forløse et indre potensiale for endring og vekst i pasienten selv. Terapeutens rolle er derfor å drive indirekte endringsarbeid gjennom presentasjon av perspektiver, valgmuligheter og bevisstgjøring av ambivalens. Self-Determination Theory forklarer effekten av disse teknikkene i rusbehandling med at det som best fremmer endring, er å øke indre motivasjon og selvregulering, dette fremfor ytre regulering (Markland et al., 2005; Ryan og Deci, 2000). Teorien hevder at mennesker har tre grunnleggende psykologiske behov; kompetanse, autonomi og relasjon, og at disse er de motiverende faktorene som ligger bak all positiv vekst, endring og utvikling (Ryan og Deci, 2000).

Innenfor begge de to teoretiske perspektivene over dreier støtte til endring gjennom intervensjoner seg om å tilby nye rammer, nye innfallsvinkler. Slik kan pasienten i beste fall refortolke eller endre sin tankegang både rundt selve problemene, men også rundt muligheten til å komme videre. Begge disse teoretiske perspektivene, viser hvordan tiltak som fremmer egen kompetanse og egenkontroll, i tillegg til relasjonell trygghet kan være motivasjonsfremmende. Den utviklede modellen viser det samme: Filmen ser ut til å kunne tilby mestringsstøtte, støtte til økt egenkompetanse eller mestringsstillit. Dette kan være en mulig virksom faktor med tanke på behandlings- og endringsmotivasjon. I denne sammenheng kan det altså være viktig at pasienter bygger sin relasjon med filmen direkte og dermed opplever en egenkontroll og en frihet – eller autonomi – i forhold til å benytte seg av

det filmen tilbyr. De teoretiske perspektivene over støtter også opp under modellen i denne undersøkelsen når det gjelder hvor viktig allianse eller relasjon er for en som skal bli motivert til endring.

#### *4.3.1.1 Flere fremgangsmåter, egen verdi*

En samlet fortolkning av resultatene i denne studien kan tyde på at både innholdet i filmen, oppmerksomt nærvær- og akseptbaserte teknikker, men også selve typen tiltak, film som egen metode, kan være av betydning for filmens potensielle virkning som klinisk verktøy.

Forskning viser at det å tilby pasienter et sett ulike metoder som de selv kan velge ut og anvende for å kommunisere om og fremme terapeutisk samarbeid omkring sensitive eller personlige problemområder, både kan være effektivt terapeutisk og oppleves godt for pasienter (Punch, 2002). Ved å stille pasienter fritt til å velge mellom ulike innfallsvinkler eller strategier for å tematisere sine vansker, kan man styrke samarbeidet mellom pasient og terapeut, og samtidig øke pasientens egen medbestemmelse i behandlingen. Dette kan være med på å jevne ut den maktubalansen som ligger i relasjonen mellom en profesjonell hjelper og en pasient. Dette kan være spesielt viktig for sårbare pasientgrupper, slik rusavhengige er (Punch, 2002). Innen psykisk helsevern har det i de senere årene vært økt oppmerksomhet både på brukerrettigheter og pasienters innflytelse på egen behandling. Et behandlingssamarbeid som fremmer pasientenes valgfrihet, tilbyr ulike innfallsvinkler til behandlingstematikk eller ulike verktøy for mestring, kan ses som særlig etisk verdifullt i en slik sammenheng, samtidig som denne typen samarbeid viser strukturelle grep som kan være behandlingseffektive, som vi har sett (Punch, 2002; Valla, 2010). Samlet kan dette tyde på at også film, når den oppleves som en valgfri og anderledes innfallsvinkel til kjent problematikk, som representerer et alternativ, eller et tillegg til, vanlig samtale, kan ha egen verdi i et behandlingssamarbeid. Denne studiens beskrivelse av hvordan filmen fungerer i en dyade, som et tilbud om et selvhjelpsverktøy for pasientens mestring som kan aksepteres eller avvises på eget grunnlag, kan dermed innebære at filmen kan fungere som en virksom tilleggsressurs i behandlingen også fordi den representerer en anderledes fremgangsmåte.

### ***4.3.2 Indirekte allianse: Det terapeutiske samspillet er konteksten rundt filmen***

Modellen viser hvordan filmen potensielt kan anvendes direkte av pasienter som et selvhjelpsverktøy som gir tilgang på egne indre ressurser, uten at dette kanaliseres gjennom terapeutens kjennskap eller tilknytning til filmen og dens innhold eller budskap. Modellen viser videre hvordan terapeutens rolle i introduksjonen av et slikt psykoedukativt verktøy i en behandlingssammenheng er å kunne ta utgangspunkt i det pasienten sitter igjen med (som vi har sett en terapeut uttrykke det). Dette antyder altså at filmen ble opplevd og anvendt som et eksternt element til den terapeutiske alliansen den ble lansert inn i. Den terapeutiske alliansen er allikevel en kontekst rundt pasienters og terapeuters responser på filmen i denne studien. Den av terapeutene som hadde den mest positive erfaringen med å se filmen sammen med sin pasient, mente at introduksjonen av filmen kunne ha hatt innflytelse på arbeidsalliansen. Det var godt å kunne gi pasienten noe som opplevdes bra for ham, og at det var godt å dele en god opplevelse (Telefonintervju med T2, 15.03.2013). Den av terapeutene som opplevde at hennes pasient avviste filmen, mente imidlertid at alliansen mellom henne og pasienten ikke hadde blitt påvirket verken i positiv eller negativ forstand av å introdusere filmen (Telefonintervju med T3, 15.03.2013).

Det at terapeut – pasient-parene i denne studien antakelig utgjorde grunnleggende trygge og gode arbeidsallianser, kan ha vært av betydning for måten de anvendte filmen på, at de tok i mot og brukte gode erfaringer, og at mindre gode ikke fikk virke negativt inn. Her er det også av betydning at introduksjonen av filmen samtidig introduserte et forskningsprosjekt. Dette muliggjorde at man i enda større grad kunne skille filmvisningen fra den vanlige behandlingsrelasjonen. Vi må altså være åpne for at det kan ha vært elementer ved den etablerte behandlingsalliansen og ved forskningsprosjektet, altså ikke bare filmen selv og bruken av den, som gjorde pasienter trygge og frie til selv å velge ut deler av den, eller til å avvise. Selve det å delta i et forskningsprosjekt kan ha spilt inn. Hvordan et slikt psykoedukativt instrument blir introdusert, selve rammen rundt det hele, kan altså spille en ikke ubetydelig rolle når det gjelder å kunne la pasienten og arbeidsalliansen nyttiggjøre seg gode erfaringer og ikke la eventuelle negative opplevelser få individuelle eller relasjonelle følger. Terapeutens evne til å skape et rom der aksept av filmen kan få positive følger for pasient og behandlingsallianse, og avvisning ikke medfører skade, kan være av helt overordnet betydning for pasientens mulighet til å nyttiggjøre seg den. Den indirekte alliansen mellom terapeut og film som resultatene beskriver, kan forstås som at terapeutene inntar en holdning som er nøytral og avventende til pasientens respons, at de ikke forsøker å «selge

inn» filmen, men lojalt følger pasientens opplevelse og lar en egen relasjon oppstå mellom pasient og film. Terapeutenes indirekte allianse med filmen kan dermed også være et uttrykk for en terapeutisk holdning som er en forutsetning for pasientens mulighet til å forholde seg direkte og fritt til den.

# 5 Metodediskusjon

## 5.1 BEGRENSNINGER OG MULIGHETER

Denne studien bygger på opplevelser av en spesifikk film og på empiri fra et svært lite utvalg. Som en følge av det begrensede utvalget kan de observasjonene som har blitt gjort være et resultat av tilfeldigheter. Videre er modellen ikke uten videre overførbar til andre populasjoner, gir ikke nødvendigvis informasjon om opplevelse av oppmerksomt nærvær og akseptbaserte teknikker generelt, eller om bruk av andre filmer eller andre hjelpemidler av typen bøker, cd'er eller interaktive pc-programmer. Triangulering, altså inkludering av ulike perspektiver og fremgangsmåter i datatilfanget, er en mulig styrke ved denne studien når det gjelder validitet av resultater. Triangulering av intervjuer/forsker-perspektiver er imidlertid et svakere element i designet i det intervjuer og forsker har vært samme person, med unntak av sesjonsopptaket der terapeuten fungerte som en slags intervjuer. Dette blir altså et mer ukorrigert perspektiv i designet. I tråd med dette er forskningsmetodene som er anvendt av en fortolkende natur. Resultatene er følgelig knyttet til forskerens subjektive forståelse og lite reliable.

Pasientgruppen i denne studien er ikke representative for en heterogen gruppe mennesker med rus- og avhengighetsproblematikk, men utgjorde en svært selektert gruppe høytfungerende polikliniske pasienter. Utvalget av pasienter var dobbelt selektert. Ikke bare var de polikliniske pasienter, men de var også de terapeutene mente at filmen ville passe for, eller som det ville være lett å vise filmen for, som en av terapeutene formulerte det (Telefonintervju med T2, 15.03.2013). Dette betyr også at utvalget av terapeut – pasient-par etter all sannsynlighet var basert på allerede etablerte trygge arbeidsallianser der terapeutene opplevde det uproblematisk å introdusere filmen og forskningsprosjektet. Modellens gyldighet med tanke på pasienter med lavere fungeringsnivå og i ikke-etablerte terapeutiske dyader, eller som selvstendig intervensjon, er dermed tvilsom. Når det gjelder forskningsetiske overveielser, er imidlertid dette utvalget, med utgangspunkt i erfarne rusterauteurs vurderinger og trygge terapeutiske par, en styrke.

Oppsummert har resultatene og modellens forslag til virksomme mekanismer begrenset overførbarhet. Designet legger ytterligere en begrensning på tolkningen av resultatene i det de ikke kan si noe om effekter av filmen over tid.



### 5.1.1 Refleksivitet, etikk og representasjon

*«Grounded theory is a methodology that seeks to construct theory about issues of importance to peoples lives.» (Mills et al., 2006, s.2)*

Det metodiske rammeverket for denne studien vektlegger intern og økologisk validitet, altså forklaringskraft på et begrenset kunnskapsområde. Et slikt kunnskapsparadigme kan legitimere undersøkelsens pragmatiske tilpasninger til en klinisk hverdag og til de praktiske rammene for prosjektet. Metodiske og etiske innvendinger kan imidlertid også gjøres innenfor studiens kunnskapsteoretiske paradigme. Refleksivitet og åpenhet om forskings- og fortolkningsprosess, også om de åpenbare svakhetene ved metoden, er dermed viktig når det gjelder forståelsen og fortolkningen av resultatene. Dette er forsøkt ivaretatt på flere nivåer, underveis gjennom skriftlige nedtegnelser, gjennom å beskrive og eksemplifisere forskningsprosessen i selve oppgaven og gjennom en åpen drøfting av begrensningene ved prosess og resultater.

Gjennomgående er studiens forsøk på å gjøre pragmatiske tilpasninger i design og metode, samt forskerens sentrale rolle i alle ledd av forskningsprosessen, både en styrke og en svakhet. Dette muliggjorde at prosjektet kunne utvikles innenfor rammen av en klinisk kontekst og et hovedoppgaveprosjekt, sikret forskerens nærhet til empirien og teoriutviklingen slik det metodiske fundamentet vektlegger, men innebar samtidig en risiko for at både eksisterende teoretiske perspektiver, egne antakelser og rent praktiske forhold i for stor grad skulle få innflytelse på materialet. Valget av den semistrukturerte formen på det primære datatilfanget, med spørsmål som hadde utgangspunkt i allerede etablerte teoretiske perspektiver på rusproblematikk og -behandling, illustrer noe av dette. Formen gir mulighet for å spisse datatilfanget, men er samtidig i konflikt med den induktive grunnideen i GT, der teoretisk nøytralitet er mål. Innenfor en konstruktivistisk variant av metoden er dette valget av intervjuform mer plausibelt, for innen denne varianten anerkjenner og forutsetter man den eksisterende kunnskapskonteksten. Det kan imidlertid diskuteres om dette likevel er et for teoritungt utgangspunkt dersom man ønsker å la informantenes egne erfaringer komme til uttrykk. En liknende innvending kan være mot utformingen av kodesystemet. Kategorier og representasjoner ble ikke laget på forhånd, men fikk sin form som et resultat av forskerens fortolkning av den konkrete empirien. På tross av at dette var forsøk på å la empiri, snarere enn teori, være det primære, kan forskerens egen innflytelse bli for dominerende. På designnivå er ulikt tidsintervall mellom dybdeintervju og sesjonsopptak en liknende

innvending. Dette var også en tilpasning til studiens praktiske rammer og forutsetninger. Man må anta at dybdeintervjuet har hatt innflytelse på responsen på filmen, både med hensyn til forventninger og språklig sjargong, og at tidsintervallet kan ha vært av betydning i så måte.

Empiri i form av intervjuer og samtaler innen en behandlingssammenheng utgjør en viktig del av studiens verdi som kvalitativ og konstruktivistisk studie. Slik empiri kan imidlertid by på etiske og metodiske utfordringer i kvalitativ forskning når rollene til forskeren er mangfoldige (Charmaz, 2003, s.257; Hansen og Karlsson, 2009). I denne studien har forskeren selv vært intervjuer. Terapeutene fungerte også som intervjuere under sesjonsopptakene. I tillegg har nok forsker/intervjuer i blant nærmet seg en klinisk terapeutrolle og brakt kliniske, terapeutiske perspektiver i intervjusituasjonen. Dette kan være både en etisk innvending mot designet og et metodisk ankepunkt mot resultatene.

Kvalitative forskningsintervjuer kan potensielt ha både negativ og positiv innvirkning på den som blir intervjuet (Hutchinson, Wilson og Wilson, 2007). Intervjuerens sensitivitet, eller varsomhet, en trygg kontekst for intervjuet, forsvarlig forvaltningen av informasjon, både umiddelbart og på sikt, er derfor av forskningsetisk betydning (Coyle og Wright, 1996). Denne studien baserer seg sterkt på personlige beskrivelser. Når vi kjenner den sosiale og personlige fordømmelsen av rus- og avhengighetsproblematikk, blir det etiske ekstra viktig. Det at alle pasientene hadde et behandlingstilbud, at deltakelsen foregikk trygt innenfor rammen av dette og med grunnlag i behandlerens kliniske vurderinger, er dermed en etisk styrke ved designet. Intervjuerens kliniske forståelse og sensitivitet kan antakelig også forstås positivt på dette punktet. I det avsluttende telefonintervjuet med terapeutene fremgikk det at de mente at deltakelsen i studien ikke hadde virket negativt inn på pasientenes forløp eller allianse til sin behandler.

Oppsummert er hovedinnvendingene mot denne studiens metode, foruten generelle validitets- og reliabilitetsforbehold, at det kan finnes en fare for at teoretiske perspektiver, og kanskje særlig forskeren selv, skal få for stor slagkraft på bekostning av informantenes egne stemmer. All bearbeidelse, fra transkripsjon til konseptutvikling, innebærer en mulig forringelse eller forenkling av den enkeltes mening og av mellommenneskelig kommunikasjon. På tross av at modeller og konsepter som er utviklet med utgangspunkt GT, har som mål å være nær empiri og tett på informantenes budskap, risikerer man altså gjennom stadige abstraksjoner at resultatene i for stor grad befinner seg i forskerens eget hode. Bruken av begrepet allianse i denne studien, som en betegnelse på relasjonsetableringen mellom bruker og film, illustrerer

at forskerens fagbakgrunn i psykologien har farget fortolkningsprosessen. Dette understreker imidlertid også at det er nettopp fortolkningsprosessen, i dette tilfellet min egen prosess med denne spesifikke empirien, som kan utvikle anvendbare begreper, fra et svært begrenset utvalg, som potensielt kan få betydning i en større sammenheng, den være seg innen forskning eller klinikk. Samvittighetsfull og korrekt representasjon av informantenes stemmer, og refleksiv og selvrefleksiv praksis knyttet til forskningsprosessen, er dermed det springende punktet i de etiske og metodiske kvalitetsvurderingene som har inngått i denne studien. I lys av den skisserte bakgrunnen for denne studien er det nettopp representasjonen av ulike brukerperspektiver, generert innenfor en klinisk kontekst, med fokus på det relasjonelle, som er det potensielt verdifulle både ved studiens grunntanke, metode, etiske avveielser og ved resultatene.

## 6 Oppsummering og konklusjoner

Formålet med denne studien var å være med på utvikle kunnskap om hva som kan gjøre film som psykoeduaktivt verktøy virksomt i tidlig rusbehandling. Disse resultatene viser at hvorvidt film kan bli et virksomt klinisk verktøy for pasienter i rusbehandling, er avhengig av om filmen klarer å etablere en direkte relasjon, en allianse, med pasienten. Resultatene antyder at det som kan føre til slik allianse mellom pasient og film, er pasienters opplevelse av å kunne kjenne seg igjen i og bli støttet der de er i sin prosess. Deres tillit til presentasjonen er også viktig. Resultatene og diskusjonen peker altså samlet på at det er av overordnet betydning at ulike pasienter kan relatere seg direkte og spontant til filmen, akseptere og ta til seg eller avvise – ulike aspekter av filmens budskap.

Terapeutene i dennes studien så ut til å forholde seg indirekte til filmen. Dette betød at deres tillit til filmen var avhengig av pasientens positive eller mindre positive opplevelser, ikke av eget kjennskap eller preferanse for filmen. I tillegg til at dette er en beskrivelse av hvordan terapeutene opplevde filmen i denne studien, kan dette også være uttrykk for en terapeutisk holdning som er en forutsetning for at denne spontane relasjonen mellom pasient og film skal kunne oppstå. Det kan derfor være av betydning for at slik film skal kunne få virkning at terapeuter forholder seg nøytrale, eller indirekte, til filmen og understøtter og aksepterer pasientens opplevelse og reaksjoner.

### **6.1 HVA BIDRAR STUDIEN MED?**

Som en prosess-studie av opplevelse og bruk av et ferdig psykoedukativt instrument, hadde studien som formål å antyde mulige kliniske implikasjoner for videre bruk av dette instrumentet, samt for utvikling og anvendelse av andre motiverende kortintervensjonsfilmer. Implikasjonene av denne undersøkelsen blir på denne måten også selve konklusjonen på den. Dette gjøres med bevissthet om modellens begrensede validitet, som i særlig grad skyldes et svært begrenset og selektert utvalg av pasienter og terapeut – pasient-par, og den subjektivt fortolkende analytiske prosessen som ligger bak kunnskapsresultatet.

### ***6.1.1 Utviklings- og anvendelsesimplikasjoner***

Kjernekonseptet, modellen og diskusjonen viser at behandlingsmotiverende kortintervensjonsfilmer må kunne bygge relasjoner, eller allianser, direkte med pasienter. Modellen og diskusjonen antyder at ulike pasienters umiddelbare gjenkjennelse, tillit og opplevelse av at filmen er et tilbud om nye og for dem relevante mestringsstrategier, kan være sentrale mekanismer som fører til at pasienter bygger slik allianse. Dermed er disse mekanismene en forutsetning for at filmen kan bli virksom. For å oppnå at også svært ulike pasienter skal kunne kjenne seg igjen i og oppleve film som mestringsstøttende, tyder denne studien på at det som presenteres, burde kunne forstås på ulike nivåer, inneholde både konkrete og informative elementer og mer abstrakte perspektiver på endrings- og behandlingsprosesser. For at filmen skal kunne gi gjenkjennelse er det også en antakelse at elementer som anerkjenner smertefulle psykiske symptomer og livssituasjoner kan gi pasienter som er i en vanskelig oppstartsfase av behandling, opplevelsen av at filmen gjenspeiler deres situasjon. Dette kan styrke pasienters, og dermed terapeuters tillit til filmen, og gi mulighet for bred anvendelse. I tillegg til gjenkjennelse, er tilbud om nye perspektiver, ny informasjon, nye ferdigheter og alternativ atferd, mulige mestringsstøttende og behandlingsmotiverende elementer, dette fordi tilegnelse av nytt materiale kan styrke pasientens egen kompetanse og samtidig gi håp om at behandling kan bidra med noe positivt.

Det er ikke noe i dette materialet som tyder på at kjennskap til oppmerksomt nærvær eller liknende teknikker er en forutsetning for god opplevelse og anvendelse verken for pasienter eller terapeuter. Snarere er altså muligheten for at pasientene kan trekke noe ut fra det presenterte innholdet som er meningsfullt og nyttig for dem personlig, helt utslagsgivende om filmen skal kunne få virkning.

Skal man vinne rusterapeuters tillit, tyder denne studien på at intervensjonene som presenteres, ikke må kunne oppleves som paradoksale for nye og/eller svært belastede pasienter og gi dem økt kontakt med psykisk smerte, snarere enn lettelse. Skal man ta terapeutene som deltok i denne studien på alvor, er det dermed ikke sikkert at øvelser som leder oppmerksomheten innover, og som fokuserer på aksept for psykisk smerte, passer for alle, og kanskje særlig ikke for pasienter som er nye i en rusbehandlingssammenheng.

Presentasjon av material i form av en film som står på egne ben, kan ha en egen verdi og være en ekstra ressurs i behandling. Muligheten for fri utvelgelse og selvstendig bruk kan være motiverende og gi en følelse av egenkompetanse og egenkontroll. Dette kan også styrke

læringseffekten som følge av filmen. Samtidig har selve utformingen av filmen, på hvilken måte og i hvilken form den formidler sitt budskap, betydning for om pasientene skal få tillit til å bruke innholdet. Filmen må være dobbelt profesjonell, den må være profesjonelt produsert, og samtidig må det være klart at også innholdet er profesjonelt, solid og kompetent.

Formidling av slik profesjonalitet og kompetanse kan blant annet ligge i fremtoningen til terapeutiskikkelse på filmen og i et manus som ikke undervurderer pasientene. I tillegg kan filmformatet spille på mulig identifikasjon med eller tilknytning til ulike rollefigurer og ta i bruk andre emosjonelle og visuelle virkemidler som kan gi formidlingskraft.

Avslutningsvis er det en anbefaling på bakgrunn av dette materialet at psykoedukativ film introduseres på en måte som lar pasienter forholde seg til filmen direkte, og som kan la enkeltpasienter og terapeutiske dyader velge ut gode elementer, men også avvise materialet helt eller delvis, uten krenkelse av pasient eller relasjon. Dette er antakelig avhengig av at terapeuten forholder seg nøytral, eller avventende, til filmen og dens innhold, og konsentrerer seg om å støtte opp under pasientens opplevelse.

### ***6.1.2 Videre forskning***

Som en grounded theory-basert utforskende studie bidrar de utviklede konseptene og modellen med forslag til hvilke konseptuelle prosesser og mekanismer som kan være med på å forklare hvordan behandlingsmotiverende kortfilm om oppmerksomt nærvær og aksept kan bli virksomme i tidlig rusbehandling. I tråd med det metodiske rammeverket for studien kan ikke resultatene anses som endelige, fullstendige eller konkluderende, men som åpne sluttpunkter for akkurat denne undersøkelsen, sluttpunkter som igjen kan aktualisere nye undersøkelsesområder. Den utviklede modellen kan ses som en hypotese om funksjon av slik film i en behandlingsrelasjon og om mulige virksomme mekanismer. Denne kan forfølges inn i nye undersøkelser av kvalitativ eller kvantitativ karakter. Forslag til hypoteser som kan trekkes ut fra den foreliggende modellen og diskusjonen kan være:

- Psykoedukativ film kan ha positiv innvirkning på et tidlig rusbehandlingsforløp i den grad pasienter opplever den tilbyr mestringsstøtte ut fra deres egen forståelse av sin problematikk og av hva som kan føre til bedring.
- Psykoedukative verktøy som oppleves meningsfulle for pasienter, oppleves meningsfulle for terapeutene deres.

- Det er en forutsetning for at pasienter skal kunne forholde seg spontant til psykoedukative verktøy, at terapeuter forholder seg nøytrale til filmen og følger pasientens opplevelse.

I tillegg til at forskningshypoteser kan utledes fra modellen, kan det på bakgrunn av det aktuelle materialet også antydes noen tematiske områder som kan danne utgangspunkt for forskningsspørsmål:

- Hvordan oppleves og fungerer den spesifikke filmen, eller annen film om oppmerksomt nærvær og aksept, av ruspasienter med et lavere funksjonsnivå, preget av et høyere lidelsestrykk og mer omfattende rus- og livsproblematikk eller andre avhengighetsvansker?
- Hva er de visuelle, presenterende grepene og produksjonstekniske elementene som fremmer læring og tillit i bruk av film?
- Hva er sammenhengen mellom opplevd mestringsstøtte og positiv affekt, slik som styrket selvfølelse, og motivasjon?
- Hva inngår spesifikt i en terapeutisk holdning som fremmer pasienters spontane og frie anvendelse, eller frie avvisning av selvhjelps- og psykoedukative verktøy?

## 7 Avslutning

De siste årenes utvikling innen psykisk helsevern generelt, og behandling av rus- og avhengighetsproblematikk spesielt, har fått forskere og klinikere til å være på utkikk etter såkalte lavterskeltilbud, til å undersøke hvor mye direkte kontakt med utdannet helsepersonell som er nødvendig for å hjelpe de som trenger det. De har stilt spørsmålet: «hvor mye og hva skal til for at folk skal kunne hjelpe seg selv?». Tradisjonelle utfordringer i rusbehandlingssammenheng er pasienters motivasjon for behandling og endring. Bruk av film, bøker, interaktive programmer og andre selvhjelpsintervensjoner er potensielle svar både på kapasitets- og motivasjonsutfordringer, men forståelse av hva som kjennetegner opplevelser av slike virkemidler, hva som utgjør virksomme elementer og mekanismer i anvendelsen av slike og betydningen av kontekstuelle forhold, er mindre utviklet.

Denne studien har hatt som formål å utvikle kunnskap om en type intervensjon i rusbehandling, behandlingsmotiverende kortintervensjonsfilm om oppmerksomt nærvær og aksept, og på denne måten gi noen svar på hva som skal til for at denne typen intervensjoner skal være anvendbare innenfor en klinisk sammenheng, oppleves godt for brukere; både terapeuter og pasienter, og potensielt kunne bli mer virksomme. Studien tok utgangspunkt i en konkret slik film. Utformingen av designet og valget av metode hadde som hensikt å fremme forståelse for ulike enkeltbrukerperspektiver og klinisk prosess med filmen og dens innhold. Studien tok utgangspunkt i et utvalg på tre terapeuter og tre pasienter og metoden, konstruktivistisk GT, var fortolkende. Resultatene av undersøkelsen er dermed et uttrykk for subjektive fortolkninger, men kan samtidig forhåpentligvis illustrere og representere enkeltinformantenes stemmer. Med utgangspunkt i induktivt konstruerte teoretiske konsepter og modeller, og i konkrete brukerberetninger, viser denne studien hvordan denne typen film er avhengig av å kunne etablere en direkte relasjon med pasienter og at dette ser ut til å oppstå spontant der pasienter kan finne sin egen form for mestringsstøtte i filmens innhold. Det ble diskutert hvorvidt slik direkte relasjon med filmen, det å fritt kunne bruke den som et selvhjelpsverktøy for egen mestring, hadde egen behandlingsverdi. Egenverdien av film som en egen fremgangsmåte, som en tilleggsressurs i behandling, ble også diskutert. Videre har vi sett at terapeuter bygger tillitsrelasjoner, allianse, med filmen indirekte gjennom pasientens aksept eller avvisning. I tillegg til å være en beskrivelse av terapeutenes prosess slik det fremkommer i dette materialet, kan dette også være et uttrykk for en terapeutisk holdning som er en forutsetning for pasienters spontane og individuelle tilknytning eller avvisning. Som et



endelig resultat, en konklusjon, på denne undersøkelsen ble det først antydnet mulige implikasjoner både for utviklingsarbeid og for klinisk anvendelse av slik film, og helt avslutningsvis for videre forskning.

\*

Jeg sa innledningsvis at en fare med den metoden som er valgt i denne studien, er at man forsøker å «ha beina på jorda», men kan ende med «hodet i en sky». Jeg håper likevel at det jeg har funnet, der oppe, blant alle abstraksjonene, vil kunne være et både praktisk og konkret, om enn lite, bidrag til et viktig behandlings- og forskningsfelt.



## 8 Litteraturliste

**Allen, J. G., Fonagy, P. og Bateman, A. (2008).** *Mentalizing in clinical practice*. VA: Arlington: American Psychiatric Publishing.

**Bandura, A. (1977).** Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.  
**DOI:** 10.1016/0146-6402(78)90002-4

**Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. og Shapira, N. (2008).** A Comprehensive Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26 (2-4), 109-160.  
**DOI:** 10.1080/15228830802094429

**Berge, T. og Repål, A. (2012).** Veiledet selvhjelp ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(1), 49-58.  
Hentet fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/49-58.pdf>

**Blumer, H. (1969).** *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. New Jersey: Prentice Hall.

**Brumoen, H. (2010).** Svake og sterke øyeblikk – Bygging av mestringstillit. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(11), 1017-1019.  
Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=127182&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=127182&a=2)

**Carlson, R. G., Siegal, H. A. og Falck, R. S. (1995).** Qualitative Research Methods in Drug Abuse and AIDS Prevention Research: An Overview. I E.Y. Lambert, R. S. Ashery og R. H. Needle (Red.), *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research* (s.6-26). NIDA Research Monographs 157. Hentet fra:  
<http://www.uio.no/studier/emner/matnat/ifi/INF5730/h04/undervisningsmateriale/inf5730-qualmeth.pdf>

**Charmaz, K. (2003).** Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods. I N. K. Denzin og Y. S. Lincoln (Red.), *Strategies of Qualitative Inquiry 2.ed* (s.249-291), London: Sage Publications.

**Charmaz, K. (2006).** *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Trough Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.

**Cook, J. E. og Doyle, C. (2002).** Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *Cyber Psychology & Behavior*, 5(2), 95-105.  
**DOI:**10.1089/109493102753770480

**Coyle, A. og Wright, C. (1996).** Using the Counselling Interview to Collect Research Data on Sensitive Topics. *Journal of Health Psychology*, 4(1), 431-444.  
**DOI:** 10.1177/135910539600100402

**Daughters, S. B., Bornoalova, M. A., Correia, C. J. og Lejuez, C. W. (2007).** Psychoactive Substance Use Disorders: Drugs. I M. Hersen, S. M. Turner og D. C. Beide (Red.), *Adult Psychopathology and Diagnoses* (s.201-233). New Jersey: John Wiley & Sons.

- DiClemente, C.C. (1999).** Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment. *Psychological Science*, 10(3), 209-213.  
**DOI:** 10.1111/1467-9280.00137
- DiClemente, C. C. (2003).** *Addiction and Change. How Addiction Develop and Addicted People Recover.* New York: The Guilford Press.
- Duckert, F., Drozd, F. og Kraft, P. (2011).** Alkoholproblemer på arbeidsplassen – en arena for tidlig intervensjon via nye medier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8), 766-773. Hentet fra:  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=149371&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=149371&a=2)
- Dundas, I., Ravnanger, K., Vøllestad, J. og Binder, P. E. (2013).** Hvordan kan oppmerksomt nærvær hjelpe ved rusproblemer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(3), 194-200. Hentet fra:  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks\\_id=315402&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=315402&a=2)
- Fassinger, R. E. (2005).** Paradigms, Praxis, Problems, and Promise: Grounded Theory in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 156-166.  
**DOI:**10.1037/0022-0167.52.2.156
- Flick, Uwe (2004).** Triangulation in Qualitative Research. I U. Flick, E. von Kardoff og I. Steinke (Red.), *A Companion to Qualitative Research* (s.178-183). London: Sage Publications.
- Gasson, S. (2004).** Rigour In Grounded Theory Research: An Interpretive Perspective on Generating Theory From Qualitative Field Studies. I M. E. Withman og A. B Woszczynski (Red.), *The Handbook of Information Systems Research* (s.79-102). London: Idea Group Publishing.

**Glaser, B. G. og Strauss, A. L. (1967).** *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago: Aldine Publishing Company.

**Hansen, E. S. og Karlsson, B. (2009).** Den forskende terapeut – refleksjoner over forskningsetikk og kvalitativ metodologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(11), 1044-1048. Hentet fra:  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=95654&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=95654&a=2)

**Hartman, J. (2001).** *Grundad teori. Teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.

**Hayes, S. C. (2004).** Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. I S. C. Hayes, M. M. Linehan og V. M. Follette (Red.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (s.1-29). London: Guilford Press.

**Hayes, S. C., Strosahl, K. og Wilson, K. G. (1999).** *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

**Holden, B. (2007).** Aksept- og forpliktelsesterapi: En atferdsanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1118-1126.  
Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=31146&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=31146&a=2)

**Horvath, A. O. og Luborsky, L. (1993).** The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573  
**DOI:**10.1037/0022-006X.61.4.561

**Horvath, A. O. og Symonds, B. D. (1991).** Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.

**DOI:**10.1037/0022-0167.38.2.139

**Hutchinson, S. A., Wilson, M. E. og Wilson, H. S. (1994).** Benefits of Participating in Research Interviews. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 161-166.

**DOI:** 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00937.x

**Johansen, A.B., Lumley, M. og Cano, A. (2011).** Effects of Video-Based Therapy Preparation Targeting Experiential Acceptance or the Therapeutic Alliance. *Psychotherapy*, 48(2), 163-169.

**DOI:**10.1037/a0022422

**Kabat-Zinn, J. (2005).** *Wherever you go there you are – mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

**Krouse, H. J. (2001).** Video modeling to educate patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 748-757.

**DOI:** 10.1046/j.1365-2648.2001.01716.x

**Kuhn, T. S. (1962):** *Structure of Scientific Revolutions*. London: The University of Chicago Press.

**Kvale, S. (2006).** *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Luoma, J.B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C. og Fletcher L. (2012).** Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43-53.  
**DOI:**10.1037/a0026070
- Malterud, K. (2003).** *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J. og Rollnick, S. (2005).** Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-83. Hentet fra: <http://search.proquest.com/docview/224853613?accountid=14699>
- Marlatt, A. G., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Bowen, S. W., Parks, G. A., Macpherson, L. M., Lonczak, H. S., Larimer, M. E., Simpson, T., Blume, A. W. og Crutcher, R.(2004).** Vipassana Meditation as Treatment for Alcohol and Drug Use Disorders. I S.C Hayes, M.M Linehan og V.M Follette (Red.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (s.261-287), London: Guilford Press.
- McCreaddie, M. og Payne, S. (2010).** Evolving Grounded Theory Methodology: Towards a discursive approach. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 781-793.  
**DOI:** 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.006
- McKay, J.R og Weiss, R.V. (2001).** A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups: Preliminary results and methodological issues. *Evaluation Review*, 25, 113–161.  
**DOI:** 10.1177/0193841X0102500202



**McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Alterman, A. I. og**

**O'Brien, C. P. (1996).** Evaluating the effectiveness of treatments for substance use disorders: Reasonable expectations, appropriate comparisons. *Milbank Quarterly*, 74, 51–85. Hentet fra: <http://www.jstor.org/stable/3350433>

**McLelland, A. T., McKay, J. R., Forman R., Cacciola, J. og Kemp, J. (2005).**

Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447-458.

**DOI:** 10.1111/j.1360-0443.2005.01012.x

**Mills, J., Bonner, A. og Francis, K. (2006).** The Development of Constructivist Grounded

Theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 5 (1), 1-10. Hentet fra:

[http://www.researchgate.net/publication/232272011\\_The\\_development\\_of\\_constructivist\\_grounded\\_theory/file/d912f50ea5f623bd98.pdf](http://www.researchgate.net/publication/232272011_The_development_of_constructivist_grounded_theory/file/d912f50ea5f623bd98.pdf)

**Miller, W. og Rollnick, S. (2002).** *Motivational interviewing: Preparing people for change.*

New York: Guilford Press.

**Miclea, M., Miclea, S og Ciucă, A. (2008).** Computer supported psychotherapy should pay

attention to e-learning. *Cognition, Brain, Behavior*, 12(1), 131-139. Hentet fra:

<http://www.ascres.ro/images/attach/Computer%20supported%20psychotherapy%20should%20pay%20attention%20to%20elearning.pdf>

**Mitmansgruber, H., Beck, T. N, Höfler S. og Schübler, G. (2009).** When you don't like

what you feel: Experiential Avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46, 448-453.

**DOI:** 10.1016/j.paid.2008.11.013

**Murray, E., Linke, S., Harwood, E., Conroy, S., Stevenson, F. og Godfrey, C. (2012).**

Widening Access to Treatment for Alcohol Misuse: Description and Formative Evaluation of an Innovative Web-Based Service in One Primary Care Trust. *Alcohol and Alcoholism*, 47(6), 697-70.

**DOI:** 10.1093/alcalc/ags096

**Najavits, L. M. og Weiss, R. D. (1994).** Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89(6), 679-688.

**DOI:** 10.1111/j.1360-0443.1994.tb00954.x

**Orford, J. (2001)a.** *Excessive appetites. A psychological view of addiction*. New York: John Wiley & Sons.

**Orford, J. (2001)b.** Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 97, 15-31.

**DOI:** 10.1046/j.1360-0443.2001.961152.x

**Punch, S. (2002).** Interviewing Strategies with Young People; the 'Secret Box', Stimulus Material and Task-based Activities. *Children & Society*, 16, 45-56.

**DOI:** 10.1002/chi.685

**Rennie, D. L. (1992).** Qualitative Analysis of the Clients' Experience of Psychotherapy. The Unfolding of Reflexivity. I S.G. Toukmanian og D.L. Rennie (Red.), *Psychotherapy Process Research. Paradigmatic and Narrative Approaches* (s.211-233). London: Sage Publications.

**Rennie, D. L., Phillips J. R. og Quartaro, G. K. (1988).** Grounded Theory: A Promising Approach to Conceptualization in Psychology?. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(2), 139-150.

**DOI:**10.1037/h0079765

**Rennie, D. L. og Toukmanian, S. G. (1992).** Explanation in Psychoteharpy Process Research. I S. G. Toukmanian og D. L. Rennie (Red.), *Psychotherapy Process Research.Paradigmatic and Narrative Approaches* (s.234-251). London: Sage Publications.

**Revere, D. og Dunbar, P. J. (2001).** Review of Computer-generated Outpatient Health Behavior Interventions. *JAMIA*, 8 (1), 62-79. Hentet fra:  
<http://knowledge translation.ca/sysrev/articles/project21/Ref%20ID3817-20090723222036.pdf>

**Rogers, C. R. (1957).** The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

**DOI:** 10.1037/h0045357

**Rucker, D. D, Petty, R. E og Briñol, P. (2008).** What's a frame anyway?: A meta-cognitive analysis of the impact of one versus two sided message framing on attitude certainty. *Journal of Consumer Psychology*, 18, 137- 149.

**DOI:** 10.1016/j.jcps.2008.01.008

**Ryan, R. M. og Deci, E. L. (2000).** Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

**DOI:**10.1037/0003-066X.55.1.68

**Schulenberg, S. E. (2003).** Psychotherapy and Movies: On Using Films in Clinical Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(1), 35-48.

**DOI:** 10.1023/A:1021403726961

**Söderström, K. og Skårderud, F. (2009).** Minding the Baby. Mentalization-based treatment for families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, 61(3), 47-65.

**DOI:** 10.1027/1901-2276.61.3.47

**Stark, M.J. (1992).** Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-116.

**DOI:** 10.1016/0272-7358(92)90092-M

**Stark, M. J. og Kane, B. J. (1985).** General and specific psychotherapy role induction with substance-abusing clients. *International Journal of the Addictions*, 20, 1135-1141.

**DOI:** 10.3109/10826088509056355

**Valla, B. (2010).** Brukeres medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 308-314.

Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=109720&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=109720&a=2)

**Vederhus, J-K., Kristensen, Ø., Tveit, H. og Clausen, T. (2008).** Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige.

*Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45 (10), 1268-1275.

Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=60559&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=60559&a=2)

**Walitzer, K. S., Dermen, K. H. og Connors, G. J. (1999).** Strategies for Preparing Client for Treatment. *Behavior Modification*, 23(1), 129-151.

**DOI:** 10.1177/0145445599231006

**Walters, S. T. og Neighbors, C. (2005).** Feedback interventions for college alcohol misuse: What, why and for whom? *Addictive Behaviors*, 30, 1168–1182.

**DOI:** 10.1016/j.addbeh.2004.12.005

**Willig, C. (2008).** *Introducing Qualitative Research in Psychology*. New York: Open University Press.

**Yin, R. K. (1999).** Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research.

*Health Services Research*, 35(5), 1209-1224. Hentet fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089060/pdf/hsresearch00022-0132.pdf>

**Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, D., Koehler, R. og Marlatt, A. G. (2009).**

Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review. *Substance Abuse*, 30, 266-294.

**DOI:** 10.1080/08897070903250019

## 9 Andre kilder

**Johansen, A. & og Pettrem, Y. (2010).** *Oppmerksomt nærvær – en kilde til et bedre liv.*

Intermedia, UiO

# 10 Vedlegg

10.1 Tekst til film

10.2 Informasjonsskriv og samtykke

10.3 REK-godkjenning

10.4 Intervjuguider

## 10.1 TEKST TIL FILM

### Bevissthet og tilstedeværelse – en kilde til et bedre liv

Tid

Voice

	<b>Intro:</b>
01:00:19:00	Hei, jeg heter Ayna Johansen, jeg er psykolog og forsker på mestring av rus.
01:00:25:00	Jeg vil gi deg en god start på det du nå skal ta fatt på
01:00:28:00	og vil fortelle deg litt om behandlingsdopplegget.
01:00:34:00	Det er vanlig å føle skam og skyld
01:00:36:00	og avhengighetsproblemer finnes i absolutt alle samfunnslag.
01:00:38:00	Det begynner jo heller ikke som et problem



01:00:21:00	men som en handling for å få det bedre
01:00:46:00	at noe skal bli positivt
01:00:48:00	eller man ønsker seg rett og slett et kick i hverdagen!
01:00:53:01	Jah! (lyd av hestehover)
01:01:07:00	Det å begynne i behandling er en utfordring for de fleste mennesker
01:01:11:00	også Espen som har bestemt seg for å gjøre noe med sitt avhengighetsproblem.
01:01:16:00	Det kan være flere grunner til at også du har valgt å begynne i behandling nå.
01:01:22:00	Kanskje lurer du på hva behandling kan tilføre deg?
01:01:25:00	Eller kanskje har du bestemt deg for at det er på tide?

	<b>Scene 2 – Positiv psykologi og avhengighet</b>
01:01:33:00	Alle mennesker er født avhengige og forblir i stor grad avhengige av noe gjennom hele livet.
01:01:38:00	Vi tenker normalt ikke på det som problematisk, men som en normal del av det å være menneske.
01:01:47:00	Vi tenker at avhengigheten blir problematisk hvis den skaper problemer for jobb, familie, helse eller venner.
01:01:53:00	Avhengighet til rus gjør at vi glemmer andre ting i livet.
01:01:57:00	Din beslutning om å begynne i behandling er nok et viktig valg og du har sikkert mye å tenke på i denne forbindelse.
01:02:05:00	Jeg vil gjerne hjelpe deg med hvordan du best kan forholde deg til dine tanker og følelser samt menneskene rundt deg i tiden fremover.

	<b>Scene 3 - Myte om umiddelbar forbedring (Hvorfor terapi?)</b>
01:02:20:00	Folk begynner i terapi for å jobbe med mange ulike ting som relasjoner, humør, selvtillit eller hverdagsproblemer,
01:02:29:00	ikke nødvendigvis for å jobbe med rus- eller spilleavhengigheten.
01:02:40:00	Men uansett hva som er din motivasjon, ønsker du helt sikkert noe skal bli bedre i livet.
01:02:50:00	Mange <i>blir</i> også bedre av å gå i behandling.
01:02:54:00	Noen kan føle seg bedre nesten umiddelbart, mens for andre kan det ta litt lenger tid.
01:03:08:00	Det er vanlig å reagere ulikt på ting som skjer i livet.
01:03:13:00	Det å skille følelsesmessig mellom de tingene som man kan gjøre noe med

01:03:18:00	og de tingene som man ikke kan gjøre noe med, er viktig for god helse.
01:03:27:00	Det å gå i behandling innebærer å lære å skille mellom de tingene i livet som vi kan gjøre noe med
01:03:34:00	og de tingene i livet som vi ikke kan gjøre noe med,
01:03:38:00	som for eksempel å sitte i bilkø.
	<b>Scene 4: Identifisering av triggere</b>
01:03:50:00	Hverdagen kan være et virvar av følelser.
01:03:54:00	Ulike tanker og følelser kan utløse en trang til å drikke, eller spille.
01:03:58:00	Altså gi et spille- eller russug, som det heter.
01:04:05:00	Følelsen kan for eksempel utløses av noe så lite som en hektisk hverdagssituasjon
01:04:17:00	Vi kan snakke om tre ulike situasjoner som kan skape russug:
01:04:21:00	situasjoner som gir positive følelser

01:04:26:00	( "her – værsgod!")
01:04:27:00	( "takk, takk skal du ha!")
01:04:29:00	situasjoner som gir negative følelser
01:04:37:00	eller situasjoner som fører til sterke eller uventede fristelser.
01:04:41:00	Tilstedeværelse og bevissthet i slike situasjoner kan hjelpe deg til å få kontroll over dine tanker og handlinger.
	<b>Scene 5 Normalisere ambivalens (tvil om endring er vanlig)</b>
01:04:59:00	Behandling forutsetter en endring i holdninger og atferd.
01:05:04:00	Men det må være en endring som du er komfortabel med.
01:05:09:00	Det er derfor ganske normalt å ha følelser både for i mot endring i det du begynner i behandling.
01:05:18:00	Da du var her forrige gang så var du ikke sikker på om du kom til å komme tilbake, men nå er du her.
01:05:26:00	Ja,altså jeg tenkte egentlig litt på det som du, som vi snakket om forrige gang
01:05:34:00	at jeg skulle begynne å se på folk når jeg snakker med dem.

01:05:38:00	Det er noe som jeg har prøvd i det siste.
01:05:41:00	og det virker som det går litt bedre.
01:05:43:00	Hva er det som går bedre synes du?
01:05:46:00	Jeg føler kanskje at folk er litt mer vennlige overfor meg når jeg ser på de enn når jeg ser vekk
01:05:52:00	og det er egentlig noe jeg slitt ganske mye med det her
01:05:56:00	men så tenkte jeg litt på det som du sa en gang om å legge merke til hva jeg kjenner inni meg
01:06:04:00	Ja
01:06:06:00	Og da jeg var i butikken forrige onsdag, og stod der foran kassadama
01:06:10:00	så kjente jeg at jeg egentlig helst ville snu meg vekk
01:06:14:00	men så ble jeg stående å se på henne
01:06:17:00	og så så jeg at hun smilte til meg

01:06:20:00	Wow! Bra.
01:06:22:00	Det var en spennende oppdagelse.
01:06:24:00	Det er jo sånn at når vi er tilstedeværende og oppmerksomme uten å gjøre noe med det
01:06:30:00	så får vi også noen muligheter til å ha både kontroll og også oppleve noen nye ting.
01:06:41:00	Det er jo ikke komplisert.
01:06:44:00	Nei.
01:06:48:00	Det er jo bare å legge merke til.
01:06:50:00	Om jeg legger merke til noe som er utenfor meg
01:06:53:00	eller legger merke til noe som er inni meg
01:06:55:00	så handler det om det samme.
01:06:58:00	Hvis jeg retter oppmerksomheten utover så kan jeg legge merke til mennesker
01:07:02:00	eller lyder, eller noe jeg ser
01:07:07:00	Eller jeg kan rette oppmerksomheten innover
01:07:10:00	og legge merke til kroppen min, eller pusten min.
01:07:12:00	Ja.

01:07:13:00	Og du gjorde en kjempebra jobb med å bare legge merke til
01:07:17:00	og så skjedde det noe nytt
01:07:18:00	Ja.
01:07:22:00	Ja. Jeg lurer på om du hadde vært interessert i å gjøre en liten øvelse
01:07:26:00	i en måte man kan bruke det her på når man er i situasjoner
01:07:31:00	også når et rus eller spillesug melder seg for eksempel
01:07:36:00	Okay.
01:07:38:00	Ja? Dette er en øvelse hvor du bruker oppmerksomheten
01:07:41:00	du retter oppmerksomheten mot pusten din
01:07:44:00	og så bruker du den som et anker for tankene dine.
01:07:50:00	Høres det greit ut?
01:07:52:00	Ja.



01:07:56:00	Det jeg tenkte vi skulle gjøre da er å passe på at du sitter godt i stolen
01:08:04:00	og kjenn hvordan stolen kjennes mot kroppen
01:08:09:00	så kan du velge å lukke øynene, eller du kan ha de åpne
01:08:14:00	Og så vil jeg at du skal rette oppmerksomheten din mot pusten
01:08:22:00	Kjenn hvordan magen beveger seg opp og ned på utpust og innpust
01:08:30:00	Du kan kanskje kjenne at magen strekkes litt når du puster inn
01:08:36:00	og senkes når du puster ut
01:08:38:00	Det er ikke meningen at du skal prøve å kontrollere pusten
01:08:43:00	Pusten puster seg nemlig helt selv
01:08:48:00	Du bare legger merke til og kjenner etter
01:08:54:00	Det er vanlig å bli distrahert
01:08:59:00	Og at tankene kanskje går til andre ting
01:09:03:00	Det er ikke en feil, det er helt greit
01:09::0070	Det er bare sånn som tanker gjør
01:09:11:00	Hvis du merker det, så tar du bare å geleider tankene vennlig tilbake til pusten
01:09:20:00	Og sånn gjør du hver gang du legger merke til at du tenker på noe annet
01:09:26:00	Når du føler deg klar for det, så kan du åpne øynene
01:09:31:00	og la rommet vende sakte tilbake til deg

01:09:41:00	Der var du.
01:09:44:00	Hvordan føles det?
01:09:46:00	Rolig.
01:09:51:00	Er dette noe du kan bruke ved andre anledninger også?
01:09:55:00	Absolutt.
01:09:56:00	Ja, så bra.
	<b>Scene 6 – Øvelse overført til hverdagen</b>
01:10:05:00	Tilstedeværelse kan brukes i de fleste hverdagslige situasjoner.
01:10:11:00	På samme måte som i pusteøvelsen vi nettopp så
01:10:14:00	retter Espen nå oppmerksomheten mot andre aktiviteter
01:10:18:00	som her når han jobber med hestene.
	<b>Scene avslutning</b>
01:10:21:00	Tilstedeværelse innebærer litt mer enn bare å legge merke til.
01:10:26:00	Det er også viktig at jeg kan la være å dømme tankene mine og det som skjer
01:10:31:00	slik at jeg forblir åpen til nye opplevelser og muligheter
01:10:37:00	Hjernen min lager en tanke.

01:10:40:00	Det er noe den har funnet opp, men basert på tidligere erfaringer.
01:10:46:00	Det er derfor viktig at jeg kan la være å vurdere den som god, dårlig, riktig eller gal
01:10:54:00	slik at jeg kan forbli åpen
01:10:57:00	jeg kan slippe den
01:11:01:00	og la nye tanker og muligheter slipper til.
01:11:06:00	Jeg vil oppmuntre deg til å prøve å ha en åpen og positiv holdning til deg selv i tiden fremover
01:11:14:00	ikke bare når du er alene
01:11:16:00	men også når du er sammen med andre mennesker
01:11:19:00	når du kommer til møter eller behandlingstimer
01:11:23:00	men også når du er med deg selv, eller i andre hverdagslige situasjoner
01:11:27:00	Og husk, tanker er ikke fakta
01:11:31:00	de er bare tanker!
01:11:33:00	Lykke til!

01:11:37:00	Nei, men Espen! Hvor skal du?
01:11:40:00	Jeg skal få meg et kick i hverdagen!!
01:11:43:00	Wow!

## **10.2 INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKE**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

**”Kvalitativ studie av brukerreaksjoner på russpesifikk DVD om tilstedeværelse.”**

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å bedre kunnskaper om hvordan en DVD om rus og tilstedeværelse oppfattes av personer med rusproblematikk. Du kvalifiserer for denne forespørselen enten som ansatt ved eller bruker av tilbudene ved K46 i Stavanger, eller Blå Kors Senter (BKS) i Oslo. Dette forskningsprosjektet driftes av Senter for Rus og Avhengighetsforskning (SERAF) ved Institutt for Psykiatri, Universitet i Oslo. Ansvarlig prosjektleder er Ayna Johansen, Ph.D., Post dok forsker ved senteret.

#### **Hva innebærer studien?**

Deltagende brukere av K46/BKS vil bli bedt om å se en film om tilstedeværelse og rusavhengighet og vil bli intervjuet om hvordan de opplever filmen. Deltagende ansatte ved K46/BKS vil også se filmen og vil bli intervjuet om hvordan de opplever at filmen påvirker brukerens forhold til K46/BKS. Deltagerne vil ikke bli bedt om å utlevere personlig informasjon som ikke er relevant for oppfattelsen av DVDen. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd for å kvalitetssikre datainnsamlingen, men all informasjon gitt i studien vil bli behandlet konfidensielt og ingen andre enn forskergruppa vil få innsyn i informasjonen.

Dersom du ikke ønsker å delta på studien vil du fortsette som bruker av K46/BKS som normalt.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Det er mulig at deltakelse i prosjektet kan styrke enkelte brukeres opplevelse av å bli tatt på alvor, samt bidra til en opplevelse av å gi et meningsfullt bidrag til forskning. Det er også mulig at deltakelse kan føre til innsikt om deltakernes respektive følelser rundt eget rusbruk. Det ansees som lite sannsynlig at deltakelse kan føre til vanskeligheter, men det er mulig at det kan føre til noe psykologisk ubehag.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som vil oppbevares sikret, og separat fra opplysningene dine.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Informasjonen vil forvares til alle faser av forskningsprosjektet inkludert analyser og publisering er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres da informasjonen vil aggregeres og fokusere på felles, fremfor de enkelte deltakernes erfaringer. Det vil si at det er de felles erfaringene som er fokuset for forskningen fremfor unike situasjoner eller enkeltepisoder som knyttes til enkeltpersoner.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektansvarlig, Ayna Johansen, PhD. på telefon 23368953.

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.**

**Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern, økonomi og forsikring.**

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

# Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Kun brukere av eller ansatte ved K46/BKS kan delta på studien.
- Bakgrunnen for studien er basert på forskning på rusbehandling som viser at trening i tilstedeværelse kan gi opplevd mestring.
- Dersom du er bruker og velger å ikke delta i studien vil du motta ordinær oppfølging ved K46/BKS.
- Du må delta i et intervju om erfaringene dine i programmet.
- Det er mulig at deltakelse i prosjektet kan styrke enkelte brukere og ansattes opplevelse av å bli tatt på alvor, samt bidra til en opplevelse av å gi et meningsfullt bidrag til forskningen. Det er også mulig at deltakelse kan føre til innsikt om eget forhold til rus.
- Det ansees som lite sannsynlig at deltakelse kan føre til vanskeligheter, men det er mulig at det kan føre til mindre psykologisk ubehag.
- Som deltaker i prosjektet sier du deg villig til å delta i et intervju om dine reaksjoner på en DVD om rus og tilstedeværelse.
- Som deltaker vil du informeres umiddelbart dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke din villighet til å delta i studien.
- Som deltaker vil du informeres dersom det oppstår situasjoner eller beslutninger som gjør at studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt.
- Det vil ikke bli gitt noen individuell kompensasjon for deltakelse i prosjektet.

## Kapittel B - Personvern og økonomi og forsikring

### Personvern

Opplysninger som registreres om deg er relatert til dine reaksjoner på DVDen, og følelser og meninger om disse. Alle i forskningsgruppa som får innsyn i informasjonen din har taushetsplikt.

SERAF ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

### Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

### Økonomi og SERAFs rolle

Studien finansieres er finansiert av forskningsmidler fra SERAF, Universitet i Oslo. Verken K46, BKS eller Stavanger kommune har noen økonomiske forpliktelser eller rettigheter i forhold til studien.

### Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne i studien vil ikke få informasjon om utfallet av studien før dette eventuelt gjøres tilgjengelig i form av publisering i vitenskapelige tidsskrifter.

### Forsikring

Deltakere på studien vil ikke forsikres spesielt for deltakelse i forskningen.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)



## 10.3 REK-GODKJENNING



<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK sør-øst	Katrine Ore	22845517	21.10.2011	2011/1645/REK sør-øst B
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			23.08.2011	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ayna Johansen  
Ullevål sykehus, Kirkeveien 166

### 2011/1645 B Kvalitativ studie av brukerreaksjoner på russespesifikk DVD om tilstedeværelse

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 21.09.2011.

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Oslo ved øverste ledelse  
**Prosjektleder:** Ayna Johansen  
**Masterstudent:** Elisabeth Franzen

#### Prosjektomtale (revidert av REK):

I dette utdanningsprosjektet (master) skal en 11 minutter lang film evalueres. Tittelen på filmen er: "Bevissthet og tilstedeværelse – en kilde til et bedre liv". Målgruppen for filmen er unge rusmiddelmissbrukere. Innholdet er knyttet til "mindfulness", mestring av risikosituasjoner og elementer som er ment å redusere følelsen av stigma og skam. Filmen skal vises til 8 unge blandingsmissbrukere som ikke er tatt opp av behandlingsapparatet, men som benytter seg av et lavterskeltilbud (K46). Deres kontaktpersoner ved senteret skal også inkluderes. Siktemålet er å få begges umiddelbare reaksjoner på innhold, budskap og opplevd nytte for å undersøke om og hvordan en slik film kan bidra til motivasjon for endring av rusvaner. Både rusmisbrukere og deres kontaktpersoner ved senteret skal intervjues, og kontaktpersonene skal bl.a stilles spørsmål om "sin" brukers bakgrunn, motivasjon og reaksjoner på filmen. Før intervjuet skal rusmisbrukerne fylle ut et spørreskjema.

#### Forskningsetisk vurdering

Å se nærmere på ulike strategier for motivasjon for forandring er viktig for å lykkes i å nå frem til den aktuelle målgruppen, men komiteen mener rekrutteringssituasjonen i prosjektet reiser noen forskningsetiske spørsmål. Potensielle deltakere skal forespørres av sin kontaktperson om de vil se en film og delta i forskning. Ved et eventuelt positivt svar, vil en forskningsassistent umiddelbart igangsette prosessen. Grunnen til at det ikke gis betenkningstid, oppgis å være at brukerne har et svært uforpliktende forhold til tilbudet og lett kan "forsvinne". Forutsatt at selve rekrutteringen, med informasjon og utdeling av informasjonsskriv, foretas av forskningsassistenten, synes dette likevel forsvarlig.

Komiteen ber om at man i studien informerer bedre både om hva deltakerne og kontaktpersonene skal intervjues om. Det opplyses i informasjonsskrivet at kontaktpersonene skal intervjues om hvordan de opplever at filmen påvirker brukerens forhold til lavterskeltilbudet. Samt at Forskningsdeltakerne må også få kjennskap til sammenhengen mellom filmen og forsknings spørsmålene i intervjuene. Det må inntas opplysninger om dette i informasjonsskrivet.

#### Informasjonsskriv/samtykkeerklæring

**Besøksadresse:**  
Gullhaug torg 4 A,  
Nydelan, 0484 Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:**  
post@helseforskning.etikkom.no  
**Web:**  
http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Informasjonen om kontaktpersonenes rolle i prosjektet bør utdypes i tråd med det som er nevnt over.

I første avsnitt under overskriften "Hva skjer med informasjonen om deg" må ordet "prøvene" strykes.

#### **Vedtak**

Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres på vilkår om at merknader til informasjonsskrivet som nevnt ovenfor tas til følge. Revidert informasjonsskriv sendes komiteen til orientering.

Med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4 godkjenner komiteen at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av søknaden.

Godkjenningen er for øvrig gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Godkjenning gjelder til 31.08.2026.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften Kap. 2, og Helsedirektoratets veileder for "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren".

Opplysningene skal ikke oppbevares lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre prosjektet, deretter skal opplysningene anonymiseres eller slettes.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt, jf. helseforskningsloven § 12.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Grete Dyb (sign.)  
Dr med seksjonsleder  
Komiteens leder

Katrine Ore  
Komitésekretær/Rådgiver REK sør-øst B,

**Kopi til:** [ayna.johansen@medisin.uio.no](mailto:ayna.johansen@medisin.uio.no)

## **10.4 INTERVJUGUIDER (DYBDEINTERVJU OG SESJONSOPPTAK SISTE VERSJON)**

### ***Intervjuguide for oppstartsmøte/fokusgruppe med tre terapeuter i ruspoliklinikk, 27.02.2012***

**Informasjon, planlegging av forløp og spørsmål.**

**Klarere opptak på lydbånd og samtykke.**

**Innledende refleksjoner**

- Fortell litt om deres pasienter og om behandlingen som tilbys ved senteret
- Fortell gjerne om egne overbevisninger eller hvordan dere arbeider
- Hva er i deres erfaring viktige variabler i behandlingsmotivasjon med hensyn på behandlingsavbrudd?
- Hvordan opplever dere at tilleggsbelastning av skam og skyldfølelse hos ruspasienter spiller inn i rusproblematikk?
- I behandlingsforløpet?
- I motivasjon for behandling?
- Forskjell på skyldfølelse og skam? Positivt eller negativt med hensyn på behandling og motivasjon?

**(Ser filmen)**

**Opplevelse av og refleksjoner rundt terapiforberedende film:**

- Umiddelbart inntrykk
- Hva oppfatter terapeutene som det objektive innholdet i filmen?
- Hva føler de etter å ha sett den?
- Hvordan vil den kunne brukes?
- Hvordan vil den oppleves av pasienter?
- Var det enkeltelementer eller intervensjoner i filmen som skilte seg ut/hadde appell for deg/dere som terapeut?

- Hvorfor?
- Noe som vil ha spesiell relevans eller appell til deres pasienter?
- Hvorfor?
- Intervensjoner ikke-dømmende/tar sikte på å redusere skam og skyld – hvordan oppleves dette av dere?
- Hvordan vil dette oppleves av pasienter?
- Hvilke følelser og tanker vil dette aspektet av filmen kunne vekke?
- Hvilke bekymringer eller begrensninger blir de opptatt av etter å ha sett filmen?
- Hvordan opplevdes terapeuten på filmen?
- Som ”koterapeut”?
- Hvilke håp eller muligheter kan de se for seg etter å ha sett filmen?
- Igjen, hva FØLER de nå (etter at vi har diskutert litt)?
- Hva har vi oppnådd med diskusjonen vår? Konklusjon?

Terapeutinitialer:

## **Intervjuguide**

### **Dybdeintervju av bruker**

Dato:

Intervjuer:

Før intervjuet begynner:

- 1) Pass på at deltakeren har lest og signert samtykke
- 2) Minn deltakeren om at intervjuet er frivillig og kan avbrytes når de måtte ønske
- 3) Minn deltakeren om at det ikke blir gitt kompensasjon for deltagelsen
- 4) Minn deltaker om at intervjuet blir tatt opp på lydbånd

Start intervju:

#### **Generell informasjon**

Alder

Hvor er du oppvokst?

Hvor lang skolegang har du?

Har slags arbeidserfaring har du?

Hvor mange og evt hvilke typer jobber har du hatt?

Har du arbeid, eller er under utdanning pr i dag?

Kan du fortelle mer om dette?

Kan du fortelle litt om hva du liker å gjøre på fritiden din?

Hvorfor er du i behandling nå?

## **Bakgrunn**

*Nettverk/familie:*

Kan du si litt om/beskrive det sosiale nettverket ditt?

Kan du beskrive noen av de personene du opplever som nærmeste i livet ditt nå og hvilke forhold du har til dem?

Hvorfor tror du det er sånn?

Kan du si noe mer om det?

Er det noe som har endret seg?

Kan du gi et eksempel på det?

Hva slags kontakt har du med familien din?

Har denne kontakten endret seg?

Kan du si litt mer om på hvilke måte?

Kjenner familien din til din rus/alkohol bruk?

Hvordan møter de deg i forhold til det?

Kan du si mer om det?

Er det noe du skulle ønske var annerledes?

Kan du gjøre noe med det?

På hvilke måte?

*Oppvekst:*

Kan du fortelle hvordan du opplever oppveksten din?

Hvordan opplevde du kontakten med foreldrene dine/omsorgspersonene?

Hadde du andre nære personer i oppveksten din?

Kan du si noe mer om det?

Hvordan er dette forholdet i dag?

Har oppveksten din hatt betydning for hvordan livet ditt er i dag?

Kan du si noe om på hvilke måte?

*Selvopplevelse:*

Hvordan vil du beskrive deg selv?

Hvordan tror du andre vil beskrive deg? (eks venner, kjæreste, terapeuten ved senteret og lignende)

Kan du si noe om hvordan du opplever din livssituasjon i dag?

Kan du fortelle mer om det?

**Bruk av rusmidler**

*Nå-situasjon:*

(Hvilke rusmidler bruker du?) – Hvis stoff

Hvor ofte ruser du deg/drikker du?

I hvilke situasjoner bruker du rusmidler/drikker du?

Hvilke personer ruser du deg/drikker du sammen med?

(Hvor mye tid bruker du til å skaffe rusmidler?) – Hvis stoff

Hvilke prioritet har rusmidler/drikking i livet ditt?

Kan du si noe om hvordan ditt rus-/alkoholbruk påvirker hverdagen din pr i dag?

### *Rushistorie og -behandling*

Husker du første gang du ruset deg/drakk?

Hvor gammel var du da sånn ca?

Hvem var du sammen med?

Kan du si noe om situasjonen som førte til at du ruste deg/drakk?

Hvordan opplevde du selve situasjonen?

Spennende?

Skremmende?

Hvordan opplevde du rusen?

Kan du si noe mer om det?

Har du gjort forsøk på å kutte ut rusen/å drikke?

Når var dette?

Hva skjedde da?

Har du noen gang vært i behandling for ditt rus-/alkoholbruk?

Når var dette?

Hva fikk du til?

Hvordan opplevde du det?

Kan du si noe mer om det?



## **Generelle pasientvariabler i rusbehandling: Opplevelse av håp, motivasjon og kontroll**

*Håp, motivasjon og kontroll:*

Hvordan vil du beskrive ordet håp?

Hva betyr det for deg?

Hvilke tanker har du om fremtiden pr i dag?

Hva motiverer deg med tanke på fremtiden?

Hva drømmer du om?

Hvordan ser du for deg hvordan du skal oppnå det du ønsker deg?

Hva kan være avgjørende for at livet ditt blir slik du håper?

Hvorfor er det sann, tror du?

Kan du fortelle om noe som har gjort at du vil gjøre endringer i livet ditt?

Kan du si noe mer om hva som motiverer deg for å gjøre en endring?

Hva med endringer i forhold til rus?

Hvilke betydning har omgivelsene dine for at du skal kunne gjøre en endring?

Kan du si noe mer om det?

Kan du fortelle om tidligere endringer i livet ditt?

Hva kom i veien da?

Hva fikk du til?

Hvordan har det påvirket tankene dine om veien videre?

Hvorfor tror du det er sann?

Kan det som har gjort at du ønsket endring tidligere gjøre at du vil ønske det igjen?

Hva er annerledes denne gangen?

Hvordan påvirker utfallene av de forsøkene du har gjort på endring andre deler av livet ditt?

Hvorfor tror du det er sånn?

Kunne ting vært annerledes?

Kan du utdype det?

Hvordan påvirker forsøk du har gjort på endring tidligere følelsen av hvem du er?

På hvilke måte?

Vil du si at det som hendte er typisk for deg?

Hvorfor?

Hvorfor ikke?

Hvordan vil du beskrive din egen opplevelse av kontroll over hendelser i livet ditt?

Kan du si noe mer om det?

Kan det være noe negativt med å oppleve at man har kontroll?

Eventuelt - På hvilken måte?

### **Undersøkelse av spesifikke pasientopplevelser knyttet til tidligere materiale**

*Skam/skyld knyttet til rusbruk:*

Mange mennesker som sliter med rus opplever skyld- eller skamfølelse knyttet til problemene sine:

Hva tenker du om dette?

Er dette følelser du kan kjenne deg igjen i? (Fortsettelse hvis svar bekreftende)

Hvordan vil du beskrive disse følelsene?

Hvordan påvirker dette deg?

Hva gjør du hvis disse følelsene blir sterke?

Er det noen spesielle ting du tenker på når disse følelsene dukker opp?

Er det noen situasjoner der du opplever dette i større grad?

Er det situasjoner der du opplever dette i mindre grad?

Hvordan kan behandlingen som du nå går i påvirke disse følelsene?

### *Konkret vs prosessorientert/abstrakt stil*

Noen pasienter har fortalt meg at de ser på sitt problem som en noe som må «fjernes» og at behandling skal hjelpe dem med dette. Hva tenker du om det?

Hvordan ser du på det å skulle få et tilbakefall?

Dersom du skulle få et tilbakefall hvordan tror du du ville se på det etterpå?

Noen pasienter har fortalt meg at de ser på behandling som en modningsprosess? Hva tenker du om det?

På hvilken måte kan livserfaringer føre til personlig utvikling?

Fortell gjerne noe fra ditt liv som illustrerer dette.

Kan negative livserfaringer føre noe godt med seg?

På hvilken måte?

Hva betyr aksept for deg?

Fortell gjerne mer.

Takk for at du stilte opp og delte dine erfaringer og synspunkt!!

Er det noe mer du vil si før vi avslutter?

Er det noe jeg har glemt å spørre om som du synes er viktig å få med?

# Intervjuguide sesjonsopptak

## Introduksjon av filmen ”Bevissthet og tilstedeværelse - en kilde til et bedre liv”

Jeg har nå lyst å vise deg en DVD som handler om ulike tema knyttet til endring og motivasjon for behandling. Dvd-en er delt i seks sekvenser som omhandler ulike tema knyttet til avhengighet og endring. Den varer i ca 10 minutter. Jeg vil stille noen spørsmål etter du har sett filmen. Er det greit for deg?

### ***-Film-***

#### **Umiddelbare reaksjoner:**

Hva er det første du tenker på etter å ha sett filmen?

Hva synes du om filmen?

Hva tenker du om innholdet i filmen?

Hva opplever du er budskapet i/hensikten med filmen?

Hva var bra?

Hvorfor synes du det var bra?

Var det noe du ikke likte?

Hvorfor det?

Er det noe du tenker skulle vært annerledes?

På hvilke måte?

Kan du fortelle meg litt mer om det?

**Spesifikt innhold i filmen:**

Hvordan opplevde du de *tankene* filmen presenterer omkring avhengighetsproblematikk og behandling?

*Hva tenker du om metaforene og fremstillingene som filmen bruker?*

Hva tenker du om den konkrete *øvelsen* som ble presentert på filmen?

**Relevans:**

Hvordan synes du filmens innhold passet på den problemstillingen som du har kommet i behandling for?

Om det var slik at deler av filmen som traff deg personlig – kan du fortelle mer om dette?

Hvis det er slik at filmen får deg til å tenke på opplevelser i ditt eget liv – kan du si noe om hva du tenker på?

Del gjerne noen erfaringer eller opplevelser som du synes illustrerer dette.

Var det spesielle deler av filmen som opplevdes som relevante eller nyttige for deg?

Noe spesielt ved deg som person som gjorde at dette var viktig?

Har du eventuelt noen tanker hvem (andre) filmen ville kunne passe for?

Hva kjennetegner disse?

Hva slags erfaringer har de?

**Skam-/skyldproblematikk:**

Hva tenkte du om de perspektivene filmen introduserte på dette med skyld- eller skamfølelse knyttet til rus og avhengighet?

Fortell gjerne litt mer om hvordan du opplevde dette.

Hva tror du kan være positivt med det?

Tror du det er noe som ikke er så bra med det?

Hvordan tror du andre i din situasjon vil kunne oppleve dette?

**Selvfølelse og autonomi:**

Noen pasienter har fortalt at de tenker at filmen kunne være god for dem å se i en vanskelig periode (f.eks ved et tilbakefall). Hva tenker du om det?

Noen pasienter har fortalt at de har fått tanker om at de vil bruke deler av filmens innhold (f.eks øvelsen eller deler av dialogen/budskapet) til noen spesifikke situasjon i livet sitt. Hva tenker du om dette?

**Tidspunkt:**

Når i et behandlingsforløp ville det passe å se filmen?

Er dette en film man kan se flere ganger?

Hvorfor/hvorfor ikke?

Eventuelt - når?

**Kontekst/relasjon:**

Hva synes du om å se denne filmen sammen med meg?

I hvilke andre sammenhenger kunne det være ok å se denne filmen?

Kan du si mer om det?

Med hvem kunne det vært ok å se denne filmen?

Hvorfor tror du det?

Noe jeg har glemt å spørre om eller andre ting som du vil legge til?

Tusen takk for bidraget!



## **Spørsmål til avsluttende telefonintervju med terapeutene**

- Dere har hatt forskjellige utgangspunkt for å vise denne filmen for pasientene deres. Jeg vil gjerne høre hvordan det var å se filmen sammen med pasienten?
- 
- Hva var ditt inntrykk av hva pasienten satt igjen med?
- 
- Hvordan tror du pasienten opplevde filmen?
- 
- Hvorfor?
- Har ditt syn på filmen endret seg fra da du så filmen første gang under fokusgruppen?
- Hvorfor?/På hvilken måte?
- Hvordan vurderer du alliansen med den aktuelle pasienten din generelt sett?
- Har introduksjonen av filmen hatt noen påvirkning på alliansen/samspillet mellom dere?